

CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

Rosácea fulminans durante el embarazo



Rosacea Fulminans in Pregnancy

Sr. Director:

La rosácea fulminans (RF) es una dermatosis facial grave caracterizada por la aparición súbita de pápulas, pústulas y nódulos. El embarazo se ha descrito como un posible desencadenante. Cuando se presenta en pacientes embarazadas, si no se diagnostican y tratan de forma precoz, puede presentar complicaciones graves. Aportamos un nuevo caso de RF en una paciente embarazada y analizamos las características epidemiológicas y terapéuticas y las complicaciones graves descritas en este grupo de pacientes.

Una mujer de 20 años, gestante de 14 semanas, sin antecedentes patológicos, consultó por un brote de pústulas extensas sobre una base eritemato-edematosa, sin comedones, localizadas en las regiones malares y la frente (fig. 1) y acompañadas de febrícula. No presentaba lesiones acneiformes en otras localizaciones. Negaba la introducción de fármacos nuevos o de una fotoexposición reciente. El cultivo bacteriano de las pústulas resultó negativo y la analítica no presentaba alteraciones significativas.

La histología (fig. 2) mostró una epidermis hiperplásica de aspecto reactivo, con colección de neutrófilos intracórneos y una dilatación infundibular del folículo piloso. En la dermis, destacaba la presencia de una ectasia vascular y de un infiltrado linfohistiocitario. También se objetivaron abundantes *Demodex folliculorum*. Estos hallazgos junto a la clínica fueron compatibles con una rosácea fulminans. Se administraron eritromicina 500 mg/8 h durante 3 semanas junto con hidrocortisona y metronidazol tópicos. Posteriormente, se mantuvo el metronidazol tópico durante 3 meses, con lo que se obtuvo una resolución prácticamente completa de las lesiones.

Hasta la fecha, hemos hallado en la literatura 21 casos de rosácea fulminans en relación con el embarazo (tabla 1)¹⁻¹³. La mediana de edad es de 31 años (rango 20-38 años) y la mayoría de los casos fueron diagnosticadas durante el primer trimestre de gestación (43%) por la aparición de las lesiones de unas pocas semanas de evolución. El 32% refería antecedentes de rosácea previa al embarazo. El uso de antibióticos por vía oral fue el tratamiento más extendido (95%); entre



Figura 1 Pústulas sobre base eritematosa extensas de predominio en región malar y frente.

ellos, los macrólidos fueron de primera elección en el 68% de las pacientes. En un tercio de las pacientes (32%), además, se administraron corticoides sistémicos con una pauta descendente posterior. Un 18% requirió isotretinoína tras el parto por la ausencia de respuesta al tratamiento previo. En un 68% se administró tratamiento tópico, principalmente metronidazol, clindamicina o eritromicina. Entre las complicaciones graves descritas, existe un caso de muerte fetal por los efectos adversos de los corticoides (insuficiencia suprarrenal secundaria)⁵, un aborto voluntario por un síndrome ansioso-depresivo mayor⁸ y un caso de perforación ocular bilateral que requirió de un trasplante de córnea⁹.

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2020.04.014>

0001-7310/© 2021 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tabla 1 Características epidemiológicas, terapéuticas y complicaciones de los casos descritos de rosácea fulminans en contexto del embarazo

Caso	Edad	Tiempo de evolución	Momento del diagnóstico	Rosácea previa	Tratamiento	Evolución/ complicaciones	Referencia
1-5	ND	ND	3. ^{er} trimestre o posparto	ND	Antibiótico oral y tópico ^a	ND	Massa y Su (1982)
6	25	Brusco	2. ^o trimestre (16 semanas)	Sí	Triamcinolona intralesional, eritromicina oral 250 mg/6 h, drenaje, hidrocortisona tópica, posteriormente prednisona 60 mg/día ^b . Tras el parto, isotretinoína 40 mg/12 h por 20 semanas	Sin mejoría hasta finalizar el embarazo e iniciar retinoides	Marks y Briggaman (1987)
7	23	4 semanas	1. ^{er} trimestre	Sí	Eritromicina y clindamicina tópica ^a	ND	Plewig et al. (1992)
8	33	2 meses	3. ^{er} trimestre	Sí	Eritromicina y clindamicina tópica ^a	ND	Plewig et al. (1992)
9	25	2 meses	1. ^{er} trimestre	Sí	Eritromicina y clindamicina tópica ^a	ND	Plewig et al. (1992)
10	26	6 semanas	Posparto	No	Eritromicina y clindamicina tópica ^a	ND	Plewig et al. (1992)
11	35	ND	ND	Sí	ND	Tomaba metotrexato al desarrollar RF. Presentó un brote al quedarse embarazada	Haugstved y Bjerke (1998)
12	28	Posparto	1. ^{er} trimestre (12 semanas)	Sí	Eritromicina 500 mg/8 h y prednisolona 35 mg/día con posterior mantenimiento a 20 mg	Diabetes gestacional en probable relación con corticoterapia, insuficiencia placentaria y muerte fetal (insuficiencia suprarrenal secundaria)	Lewis et al. (2004) y detallado en Jarrett et al. (2010)
13	31	3 semanas	1. ^{er} trimestre (8 semanas)	Sí	Metilprednisolona 40 mg/día ^b , ácido fusídico, drenaje (1. ^{er} trimestre) y metronidazol tópico 0,75% (2. ^o trimestre)	Buena respuesta	Ferahbas et al. (2006)
14	32	ND	1. ^{er} trimestre (3 semanas)	No	Macrólido oral y tópico, amoxicilina oral, metronidazol tópico. Tras el parto isotretinoína 0,5 mg/kg/día iniciado 3 meses	Embarazo mediante FIV y estimulación hormonal. Sin mejoría hasta finalizar el embarazo e iniciar retinoides	Cisse et al. (2008)
15	35	4 semanas	1. ^{er} trimestre	No	Prednisolona 30 mg/día, eritromicina 2 g/día. Tras el aborto, isotretinoína 40 mg/día	Aborto voluntario a las 12 semanas en contexto de síndrome ansioso-depresivo por las lesiones. Resolución al iniciar isotretinoína	Jarrett et al. (2010)

Tabla 1 (continuación)

Caso	Edad	Tiempo de evolución	Momento del diagnóstico	Rosácea previa	Tratamiento	Evolución/ complicaciones	Referencia
16	31	2 meses	1.º trimestre (8 semanas)	No	Eritromicina 2 g/día. Tras el parto, prednisona 20 mg/día e isotretinoína 40 mg/día	Mejoría parcial. Resolución tras isotretinoína más prednisona en el posparto	Jarrett et al. (2010)
17	26	5 meses	2.º trimestre (21 semanas)	ND	Eritromicina 2 g/día y prednisolona 40 mg/día	Blefaritis y queratitis con perforación ocular bilateral severa, necesidad de trasplante de córnea	De Morais e Silva FA et al. (2011)
18	33	3 semanas	1.º trimestre (11 semanas)	No	Azitromicina 500 mg/día 3 días a la semana durante un mes con reducción paulatina hasta 12 semanas (250 mg/día, 3 días/semana durante un mes, luego 500 mg/semana durante un mes) y metronidazol tópico	Rápida respuesta	Fuentelsaz et al. (2011)
19	38	Brusco	2.º trimestre (14 semanas)	No	Eritromicina 500 mg 2 veces al día	Resolución completa tras unos meses	Haenen et al. (2015)
20	37	ND	3.º trimestre (37 semanas)	No	Azitromicina y prednisona ^a	Resolución completa tras el parto	Markou et al. (2017)
21	22	4 semanas	1.º trimestre (6 semanas)	ND	Amoxicilina-ácido clavulánico 1 g/día × 10 días, compresas húmedas, ácido fusídico tópico durante un mes	Resolución tras un mes al acabar el tratamiento	Demir et al. (2018)
Caso actual	20	2 semanas	2.º trimestre (14 semanas)	No	Eritromicina 500 mg/8 h durante 3 semanas e hidrocortisona y metronidazol tópico durante 3 meses	Rápida respuesta. Resolución completa a los 3 meses	

FIV: fecundación in vitro; ND: no disponible.

^a No especifican la posología.

^b Pauta descendente.

No se han comunicado casos de recidiva en embarazos posteriores.

La RF es una dermatosis facial grave de etiología incierta. Los cambios hormonales producidos en el embarazo podrían ser uno de sus desencadenantes. En gestantes, se ha descrito la presentación con lesiones muy extensas, afectación ocular profunda e irreversible⁹ y un caso de trastorno psiquiátrico desencadenado por la aparición de las lesiones⁸. Dado el grado de afectación de la RF, requiere de tratamientos sistémicos con frecuencia. Sin embargo, los fármacos habitualmente empleados, como los retinoides y tetraciclinas, están contraindicados en mujeres gestantes. Por ello, se considera que los macrólidos orales, como la eritromicina y la azitromicina, son la opción más segura y efectiva en esta situación. Existe más evidencia con el tratamiento

con eritromicina, aunque la efectividad de la azitromicina en la rosácea también ha sido evaluada con buenos resultados, incluso con una posología más cómoda y menos efectos adversos¹⁰. Es recomendable asociar también tratamiento un antibiótico tópico por su efecto antiinflamatorio. Los corticoides sistémicos pueden llegar a ser necesarios, pero pueden producir un retraso del crecimiento intrauterino, una diabetes gestacional o una hipertensión, así como una insuficiencia suprarrenal secundaria que puede conllevar a la muerte fetal^{5,8}.

En consideración a los casos revisados, planteamos el siguiente abordaje terapéutico: de primera línea, los macrólidos orales junto a clindamicina o metronidazol tópicos y de segunda línea, la adición al tratamiento previo de corticoides tópicos y sistémicos (dosis hasta 0,5 mg/kg/día).

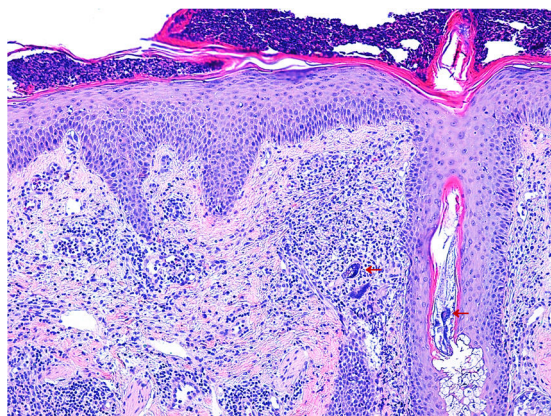


Figura 2 Hiperplasia epidérmica de aspecto reactivo con colección de neutrófilos intracórneos. En la dermis destaca la presencia de un infiltrado linfohistiocitario y ectasia vascular, junto con la presencia de figuras compatibles con *Demodex folliculorum* (flechas) (H&E 20×).

En conclusión, la rosácea fulminans es una enfermedad cutánea grave que puede desarrollarse durante el embarazo. Es necesario diagnosticar a estas pacientes de forma precoz para así evitar el desarrollo de lesiones extensas. De esta manera, también reducimos las complicaciones potencialmente graves al disminuir la necesidad de tratamiento con corticoides sistémicos.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Massa MC, Su WPD. Pyoderma faciale: A clinical study of twenty-nine patients. *J Am Acad Dermatol.* 1982;6:84–91.
2. Marks VJ, Briggaman RA. Pyoderma faciale: Successful treatment with isotretinoin. *J Am Acad Dermatol.* 1987;17:1062–3.
3. Plewig 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. Haugstvedt A, Bjerke JR. Rosacea fulminans with extrafacial lesions. *Acta Derm Venereol.* 1998;78:70–1.
5. Lewis V, Holme S, Wright A, Anstey A. Rosacea fulminans in pregnancy. *Br J Dermatol.* 2004;151:917–9.
6. Ferahbas A, Utas S, Mistik S, Uksal U, Peker D. Rosacea fulminans in pregnancy: Case report and review of the literature. *Am J Clin Dermatol.* 2006;7:141–4.
7. Cisse M, Maruani A, Bré C, Domart P, Jonville-Bera A, Mchet L. Rosacée fulminante au début d'une grossesse par fécondation in vitro et transfert d'embryons (FIVETE). *Ann Dermatol Venereol.* 2008;135:675–8.
8. Jarrett R, Gonsalves R, Anstey A. Differing obstetric outcomes of rosacea fulminans in pregnancy: Report of three cases with review of pathogenesis and management. *Clin Exp Dermatol.* 2010;35:888–91.
9. De Morais e Silva FA, Bonassi M, Steiner D, da Cunha TV. Rosacea fulminans in pregnancy with ocular perforation. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2011;9:542–3.
10. Fuentelsaz V, Ara M, Corredera C, Lezcano V, Juberias P, Carapeto F. Rosacea fulminans in pregnancy: Successful treatment with azithromycin. *Clin Exp Dermatol.* 2011;36:674–6.
11. Haenen CCP, Kouwenhoven STP, van Doorn R. Rosacea fulminans in pregnancy. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2015;159:A8334.
12. Markou AG, Alessandrini V, Muray JM, Begon E, Fysekidis M. Rosacea fulminans during pregnancy. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2017;44:157–9.
13. Demir O, Tas IS, Gunay B, Ugurlucan FG. A rare dermatologic disease in pregnancy: Rosacea fulminans-case report and review of the literature. *Open Access Maced J Med Sci.* 2018;6:1438–41.

A. Altemir-Vidal^{a,*}, M. Iglesias-Sancho^a, N. Pérez-Muñoz^b y M. Salleras-Redonnet^a

^a Servicio de Dermatología, Hospital Univsersitari Sagrat Cor, Grupo Quirónsalud, Barcelona, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Univsersitari Sagrat Cor, Grupo Quirónsalud, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arcadi.altemir@gmail.com (A. Altemir-Vidal).