



ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



FORO DE RESIDENTES

FR - Eritema facial: claves para el diagnóstico diferencial



Facial Erythema: Keys to the Differential Diagnosis

N. Lamas-Doménech* y H. Collgros

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Sagrat Cor, Barcelona, España

PALABRAS CLAVE

Eritema facial;
Flushing;
Diagnóstico diferencial

KEYWORDS

Facial erythema;
Flushing;
Differential diagnosis

El eritema facial representa un motivo muy habitual de consulta en dermatología. Muchas veces es una manifestación de enfermedad benigna, pero puede ser la primera manifestación de entidades más graves y serán necesarias pruebas diagnósticas específicas para descartarlas. El *flushing* se produce por la actuación de distintos mediadores en los receptores del músculo liso vascular o a través de señales enviadas por los nervios vasomotores. Puede ser: episódico, habitualmente provocado por mediadores vasoactivos endógenos o por medicamentos; o persistente, causado por brotes sucesivos durante largos períodos de tiempo que condicionan la aparición de telangiectasias y vasos dilatados con flujo lento de sangre desoxigenada¹. En

la **tabla 1** se describen las causas más comunes y benignas de *Flushing*, así como otras menos habituales y potencialmente graves². Primero determinaremos si con la historia clínica y la exploración física cuidadosa tenemos elementos suficientes para orientar el diagnóstico, si es así solo tendremos que decidir si necesitamos o no pruebas complementarias para su confirmación, y una vez confirmado procederemos a tratarlo según su causa. En aquellos casos más complejos, el paciente deberá registrar en un diario durante 2 semanas las horas a las que aparece el *flushing*, sus aspectos cualitativos, asociación a otros síntomas (diarrea, broncoespasmo, cefalea, bajada de tensión arterial, taquicardia, dolor abdominal, urticaria o prurito) y los agentes externos que puedan estar implicados (comidas, bebidas, medicación, alcohol, ejercicio físico, emociones, estrés, exposición ocupacional). Esta recogida de datos nos puede ofrecer la clave para sospechar un diagnóstico y realizar las pruebas oportunas para confirmarlo. Cuando no podamos orientar el diagnóstico, o si las pruebas complementarias no apoyan nuestra sospecha, haremos una batería de pruebas para descartar las causas más graves y más habituales (**tabla 1**). En primer lugar se aconseja determinar los niveles plasmáticos de serotonina, triptasa, cromogranina A e histamina y, en orina de 24 h, niveles de 5-hidroxi-indolacético, ácido vanilmandélico, norepinefrina, metanefrinas y PGD₂, que si están elevados nos orientarán al diagnóstico de síndrome carcinoide, feocromocitoma o mastocitosis³. Si están dentro de la normalidad, seguidamente evaluaríamos: la presencia de hematuria, para orientarlo como un carcinoma de células renales; la elevación del péptido intestinal vasoactivo que nos orientaría hacia un carcinoma pancreático; la elevación de la calcitonina que nos indicaría un posible

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: n.lamas.domenech@gmail.com
(N. Lamas-Doménech).

Tabla 1 Causas de *flushing* y pruebas complementarias para su diagnóstico

	Pruebas complementarias
Causas habituales	
<i>Flushing benigno cutáneo</i>	
Emociones	
Temperatura	
Comidas o bebidas	
<i>Rosácea</i>	
<i>Menopausia</i>	FSH (plasma)
<i>Fiebre</i>	
<i>Alcohol</i>	
Causas poco habituales y graves	
<i>Carcinoide</i>	5-hidroxi-indol-acético (orina 24 h)
<i>Feocromocitoma</i>	Metanefrinas, norepinefrina, epinefrina, dopamina y ácido vanilmandélico (orina 24 h)
<i>Mastocitosis</i>	Triptasa elevada de forma persistente (plasma), n-metilhistamina, PGD2 (orina 24 h)
<i>Anafilaxia</i>	IgE específica, prick test, triptasa elevada en brote (plasma)
Otras causas	
<i>Carcinoma medular de tiroides</i>	Calcitonina (plasma)
<i>Tumor pancreático (VIPoma)</i>	Péptido intestinal vasoactivo (VIP) (plasma)
<i>Tumor de células renales</i>	Hematuria y pruebas de imagen radiológicas
<i>Trastornos psiquiátricos</i>	
<i>Flushing idiopático</i>	
<i>Neurológico</i>	
Parkinson	
Migraña	
Esclerosis múltiple	
Patología trigeminal	
Síndrome de Horner	
Síndrome de Frey	
Epilepsia autonómica	
Hiperreflexia autonómica	
Hipotensión ortostática	
Síndrome de Streeten	
<i>Síndrome de activación mastocitaria</i>	
<i>Medicación</i>	
Causas raras	
<i>Sarcoidosis, estenosis mitral, síndrome Dumping, intoxicación por arsénico, intoxicación por ciguatera, síndrome POEMS, carcinoma broncogénico, histiocitoma maligno, neuroblastoma maligno, ganglioneuroma maligno, cirugía preaórtica, síndrome Leigh, síndrome Roving</i>	

Fuente: Izikson et al.²; Lafont et al.⁴

carcinoma medular de tiroides; y la obtención de IgE o prick test positivo para una determinada sustancia en caso de anafilaxia. En el caso de que ninguna de estas pruebas nos facilite el diagnóstico deberíamos pensar en otras causas menos comunes, como la ansiedad, los trastornos psiquiátricos, el *flushing* idiopático o el síndrome de activación mastocitaria⁴.

Actualmente disponemos de un tratamiento sintomático, recientemente comercializado en nuestro país, el tartrato de brimonidina al 0,5% en gel que ha demostrado eficacia y seguridad en ensayos clínicos controlados, y que nos puede

ayudar a controlar el *flushing* y a mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes⁵.

El dermatólogo tiene un papel determinante en el diagnóstico de los pacientes con *flushing*, ya que un correcto manejo puede tener implicaciones en su morbimortalidad.

Bibliografía

1. Del Rosso JQ. Advances in understanding and managing rosacea: Part 1: Connecting the dots between pathophysiological

- mechanisms and common clinical features of rosacea with emphasis on vascular changes and facial erythema. *J Clin Aesthetic Dermatol.* 2012;5:16–25.
2. Izikson L, English JC 3rd, Zirwas MJ. The flushing patient: Differential diagnosis, workup, and treatment. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55:193–208.
 3. Yuste-Chaves M, Unamuno-Pérez P. Alertas cutáneas en malignidades sistémicas (parte I). *Actas Dermosifiliogr.* 2013;104:285–98.
 4. Lafont E, Sokol H, Sarre-Annweiler ME, Lecornet-Sokol E, Barete S, Hermine O, et al. Étiologies et orientation diagnostique devant un flush. *Rev Med Interne.* 2014;35:303–9.
 5. Fowler J Jr, Jackson M, Moore A, Jarratt M, Jones T, Meadows K, et al. Efficacy and safety of once-daily topical brimonidine tartrate gel 0.5% for the treatment of moderate to severe facial erythema of rosacea: Results of two randomized, double-blind, and vehicle-controlled pivotal studies. *J Drugs Dermatol.* 2013;12:650–6.