

ROSACEA GRANULOMATOSA: UNA VARIANTE INFRECUENTE EN LA INFANCIA

GRANULOMATOUS ROSACEA: A VARIANT INFREQUENT
IN CHILDHOOD



ENE - DIC 2023 | Vol. 104

Caso clínico patológico

Rev. argent. dermatol. 2023; 104 ;06; 52 -59.

Publicado en línea 2023, noviembre / Published online 2023 November

Rosácea Granulomatosa: una variante infrecuente en la infancia.

Autores | Contacto

Landaeta E,1 Vivas S2

1 Residente del 3er nivel de Dermatología

Médica adscripta al servicio de Dermatología

“Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera”, Ciudad de Valencia, Venezuela eleisa210191@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5770-9171>

2 Jefa del Servicio de Dermatología

“Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera”, Ciudad de Valencia, Venezuela ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2270-4546>

“Ciudad Hospitalaria DR. Enrique Tejera”.SXCJ + 49 x calle Silva, Valencia 2001. Carabobo. Venezuela.

email autor responsable Eleine Isela Landaeta Navarro: eleisa210191@gmail.com

Los autores no poseemos conflictos de interés.

Recibido: 27/01/2022

Recibido 1°Corrector: 26/12/2022

Recibido 2° corrector: 28/10/2023

Aceptado para su Publicación: 05/11/2023

RESUMEN

La rosácea es una dermatosis inflamatoria crónica de la piel, caracterizada por la presencia de eritema, telangiectasias, pápulas y pústulas en la región centro facial. Dentro de sus variantes, la forma granulomatosa es un cuadro clínico comunicado con escasa frecuencia en la infancia. Se presenta una paciente de sexo femenino, de 9 años de edad, quien presenta enrojecimiento facial y lesiones quísticas de tamaños variables. Se decide realizar biopsia cutánea profunda, en la que se observó en lámina histológica, con técnica de H-E, al 40X: infiltrado inflamatorio severo perivascular superficial y profundo, a predominio linfoplasmocitario, leucocitos polimorfonucleares e histiocitos, formando granulomas. Se instaura tratamiento tópico y sistémico, con resolución satisfactoria del cuadro clínico, con lo que mejora su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE

Rosácea, Inflamatoria, Infancia, Granulomatosa, Infrecuente.

ABSTRACT

Rosacea is a chronic inflammatory dermatosis of the skin, characterized by the presence of erythema, telangiectasias, papules and pustules in the central facial region. Among its variants, the granulomatous form is a clinical picture rarely reported in childhood. A 9-year-old female patient is presented, who presents facial redness and cystic lesions of variable sizes, it was decided to perform a deep skin biopsy where it was observed in histological plate, with the H-E technique, at 40X; Superficial and deep perivascular severe inflammatory infiltrate, predominantly lymphoplasmacytic, polymorphonuclear leukocytes, and histiocytes, forming granulomas. Topical and systemic treatment was established with satisfactory resolution of the clinical picture, improving their quality of life

KEY WORDS

Rosacea, Inflammatory, Childhood, Granulomatous, Infrequent.

INTRODUCCIÓN

La rosácea granulomatosa es una variante de la rosácea, reportada primariamente en mujeres de mediana edad y en asociación con inmunosupresión. Clínicamente, está caracterizada por lesiones papulares en mejillas, nariz y áreas periorales. Puede acompañarse de nódulos amarillentos oscuros a la diascopía; éstos están constituidos por infiltrados duros y con marcado eritema. Histológicamente, se pueden describir varios hallazgos. En las lesiones iniciales, se muestra sólo un ligero infiltrado linfocítico en la dermis; conforme evolucionan estos infiltrados, los linfocitos se incrementan y se aprecian junto a histiocitos con un número variable de células gigantes tipo Langhans, organizándose para formar granulomas tuberculoides. Este proceso puede centrarse en los folículos pilosos rotos. Los cambios en la epidermis, si es que existen, son discretos e inespecíficos.^{2,3,4}

La rosácea granulomatosa infantil es un cuadro clínico comunicado con escasa frecuencia.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente escolar, femenina, de 9 años de edad, natural y procedente de Valencia, estado Carabobo, sin antecedentes patológicos conocidos. Llega a la consulta con su madre, quien refiere inicio de enfermedad actual hace tres meses aproximadamente, cuando comienza a presentar enrojecimiento facial y lesiones quísticas de diferentes tamaños (Figura 1). Acude a múltiples centros de salud, en los que indican tratamiento con esteroides tópicos y antialérgicos vía oral, sin mejoría de la clínica. Por persistencia de la sintomatología, acude a nuestro Servicio de Dermatología, Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, Venezuela, en enero del presente año, donde es evaluada.



Figura 1. Enrojecimiento facial, edema, descamación y lesiones quísticas de diferentes tamaños

Al examen físico dermatológico: paciente fototipo cutáneo IV/V según Fitzpatrick, quien presenta dermatosis localizada, simétrica, bilateral en región centro facial, caracterizada por pápulas foliculares, eritematosas, hiperqueratósicas, pruriginosas, de aproximadamente 0.2-0.3 cm de diámetro. Se acompañan de lesiones quísticas, de consistencia blanda, de aproximadamente 1-1.5 cm de diámetro.

También se evidencian algunas pústulas y manifestaciones oculares: conjuntivitis y pterigi6n bilateral (Figura 2).



Figura 2. Lesiones quísticas de aproximadamente 1-1.5 cm de diámetro, pústulas y conjuntivitis bilateral

Como diagn6sticos diferenciales se plantearon: Rosácea granulomatosa, Acné n6dulo-quístico, Demodicidosis, Granuloma facial aséptico idiopático, Dermatitis seborreica severa, Lupus eritematoso, Sarcoidosis y Tuberculides

Se decidi6 realizar Dermatoscopía; se evidenciaron las colas de *Demodex*, *aperturas foliculares*, *vasos monom6rficos poligonales* (Figura 3). Asimismo, se emple6 Microscopía 6ptica, utilizando como m6todo de recolecci6n cinta adhesiva; se observaron huevos y larva de *Demodex folliculorum*. >5 *Demodex* por cm².



Figura 3. Dermatoscopia: se evidencian las colas de Demodex, aperturas foliculares, vasos monomórficos poligonales

Se realizaron análisis complementarios clínicos: hematología completa, glicemia, urea y creatinina: sin alteraciones; y serología para HIV y VDRL: negativas. Se realizó biopsia cutánea profunda para estudio histopatológico, en la que se observó en lámina histológica, con técnica de H-E con aumentos de 10x, 40x y 100x: Acantosis moderada e infiltrado inflamatorio severo perivascular superficial y profundo, a predominio linfo-plasmocitario, leucocitos polimorfonucleares, con histiocitos moderados, que tienden a organizarse formando granulomas de tamaño variable. Asimismo, se observan vasos sanguíneos dilatados y congestivos en dermis profunda (Figuras 4, 5, 6).



Figura 4. Lámina histológica con técnica de H-E a 10x de aumento. Acantosis moderada e infiltrado inflamatorio severo perivascular superficial y profundo.

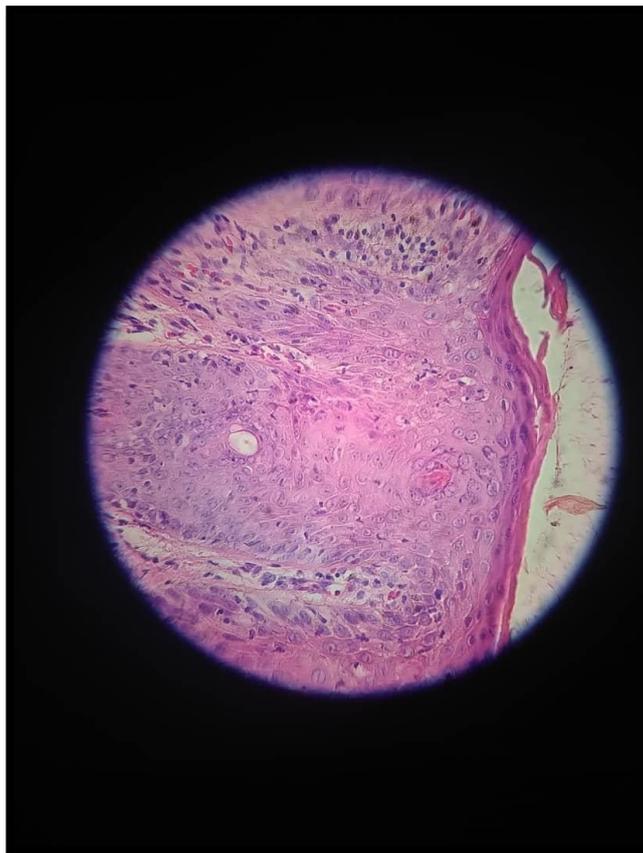


Figura 5. Lámina histológica con técnica de H-E a 40x de aumento. Infiltrado inflamatorio severo perivascular superficial y profundo, a predominio linfo-plasmocitario, leucocitos polimorfonucleares.

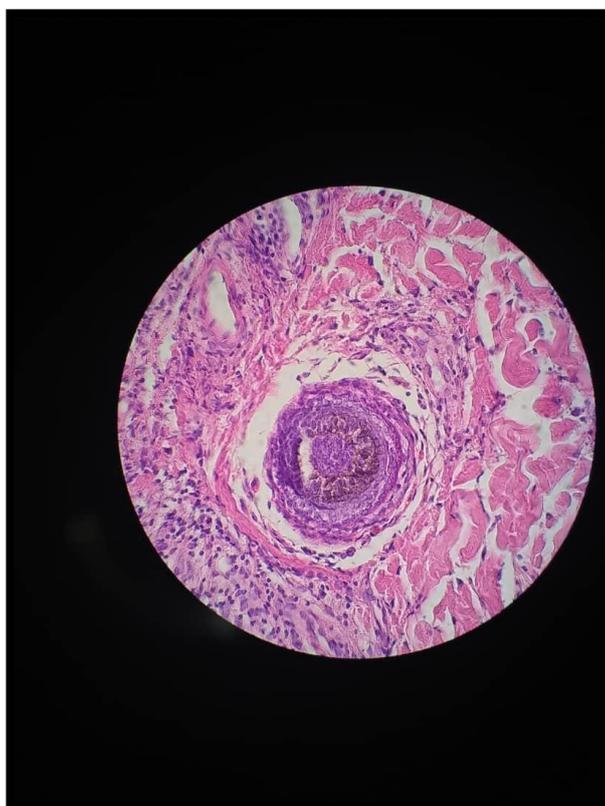


Figura 6. Lámina histológica con técnica de H-E a 100x de aumento. Histiocitos moderados, formando granulomas de tamaño variable. Asimismo, se observan vasos sanguíneos dilatados y congestivos en dermis profunda.

RESULTADOS

De acuerdo con los hallazgos clínicos e histopatológicos, se confirmó el diagnóstico de Rosácea variante Granulomatosa. Se inició tratamiento con doxiciclina 100 miligramos cada 12 horas vía oral por 21 días; Ivermectina: 12 miligramos vía oral, dosis única; loción tópica con Metronidazol 0,75 % interdiario antes de acostarse por 4 semanas; Peróxido de benzoilo 2.5 %: tópico, interdiario antes de acostarse por 3 semanas, más protección solar. En cuanto al compromiso ocular, se indicó (Lacrifort), lágrimas artificiales, una gota en cada ojo, y se solicitó evaluación por el servicio de Oftalmología.

Posteriormente, la paciente muestra mejoría parcial a las 3 semanas de tratamiento, con mejoría satisfactoria a las 5 semanas. Se mantiene en control y seguimiento por nuestro servicio (Figura 7).



Figura 7. Posterior a las 5 semanas de tratamiento

DISCUSIÓN

Según un reciente artículo en la *Revista Europea de Dermatología*, la Rosácea granulomatosa fue descrita por primera vez por el doctor Guy de Chauliac, un cirujano francés del siglo XIV. El doctor de Chauliac habló de «lesiones rojas en la cara, sobre todo en la nariz y las mejillas». Llamó a la condición *goutterose* (en francés «gota de color rosa») o *couperose* (actualmente, un término de uso común para la rosácea).⁵

La rosácea granulomatosa es una variante infrecuente en la infancia. Etimológicamente, esta entidad ha generado confusión a través de las décadas. Ha sido llamada *rosácea lupoides*, aunque el término más reconocido es el de *tuberculide rosaceiforme* brindado por Lewandowsky en 1917.¹ Hoy se sabe que es un padecimiento crónico, de etiopatogenia poco esclarecida, que amerita la realización de una minuciosa y exhaustiva anamnesis, examen físico y correlación histopatológica.⁶ Aunque la correlación

clínica es importante, el diagnóstico de rosácea granulomatosa se basa fundamentalmente en el hallazgo histopatológico de infiltrado granulomatoso, y son reconocidos cuatro tipos histológicos. El patrón nodular se observa como infiltrado superficial y profundo de linfocitos e histiocitos, con células plasmáticas en 50 % de los casos. El tipo perifolicular, como su nombre lo indica, presenta infiltrado perianexial de linfocitos y ocasionalmente neutrófilos, con células gigantes y células plasmáticas. El patrón difuso principalmente afecta la dermis reticular, observándose infiltrado compuesto por linfocitos e histiocitos, con algunas células gigantes y abscesos neutrofílicos. Por último, el tipo combinado es aquel en el que se observa infiltrado nodular y perifolicular, con neutrófilos y ocasionalmente células gigantes y células plasmáticas.⁷

El interés del caso radica en mostrar una presentación bastante infrecuente, en la que se logró resolución satisfactoria del cuadro clínico, con terapéutica indicada, lo que mejoró la calidad de vida de la paciente.

REFERENCIAS

- 1) Soto AC, Villani ME, Sánchez G, Merola G. Rosácea granulomatosa en la infancia. *Dermatol. Argent.* [Internet]. 2019 [citado 19 nov 2021]; 25 (2): 84-86. Disponible en: <https://www.dermatolarg.org.ar/index.php/dermatolarg/article/view/1878/1030>
- 2) Wu MY, Lin CY. Unilateral granulomatous rosacea e The immunocompromised district as a possible cause. *Dermatol Sin.* [Internet]. 2017 [citado 19 nov 2021]; 35 (4): 1-2. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/316950178_Unilateral_granulomatous_rosacea_-_The_immunocompromised_district_as_a_possible_cause <http://dx.doi.org/10.1016/j.dsi.2017.04.007>
- 3) Troielli P, González-Otero FM, Ríos-Yuil JM, Vázquez-Martínez OT, JG Pabón-Montoya, Ibarra M, Fernández-Bussy R, Quiñones-Venegas R, Barona MI, Piancastelli A, Larralde M, Alcalá-P D, Costa-Almeida LM, Meléndez E, Molina-Cáceres MT, Torezan L, Lozada VT. Actualización y recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la rosácea en Latinoamérica. *Med Cutan Iber Lat Am.* [Internet]. 2016 [citado 19 nov 2021]; 44 (1): 7-26. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=67759>
- 4) Ooi XT, Bing Tan KB, Chandran N. A case of pediatric rosacea-Skin and ocular involvement. *Clinical Case Reports.* [Internet]. 2019 [citado 19 nov 2021]; 7 (12): 2414-2416. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6935648/pdf/CCR3-7-2414.pdf>. <http://doi:10.1002/ccr3.2482>
- 5) Trama IC, Arévalo J, Alvarado ME, Baliña GE. Rosácea Granulomatosa en paciente HIV. A propósito de un caso. *Rev. argent. Dermatol.* [Internet]. 2018 [citado 19 nov 2021]; 99 (3): 20-25. Disponible en: <https://rad-online.org.ar/2018/12/23/rosacea-granulomatosa-en-paciente-hiv-a-proposito-de-un-caso/>
- 6) Fitzpatrick T, Goldsmith L, Katz S, Gilchrest B. *Dermatología en Medicina General.* 8ª edición. Tomo I. Editorial Panamericana. España. 2014; 917-924.
- 7) Laínez MS, Arellano-Mendoza I, Ponce-Olivera RM, Mercadillo-Pérez P. Rosácea granulomatosa. Informe de un caso y revisión de la literatura. *Rev Med Hosp Gen Mex Oct Dic.* [Internet]. 2008 [citado 10 sept 2023]; 71 (4): 204-208.