

Rosácea ocular pediátrica: caso clínico

Guillermo Raúl Vera-Duarte, Martín Fernando Arrúa-Caballero, Enrique Escurra Meza, Luis B. González-Sanabria

Cátedra de Oftalmología, Hospital de Clínicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay.

Recibido: 2 de julio de 2022.

Aprobado: 20 de septiembre de 2022.

Autor corresponsal

Dr. Guillermo Raúl Vera Duarte
Coronel Casal y Av. Mariscal López
San Lorenzo, Paraguay
+595 (21) 585730
guillermoveraduarte@gmail.com

Oftalmol Clin Exp (ISSNe 1851-2658)
2022; 15(4): e461-e467.

Resumen

Objetivo: Presentar el caso de un paciente pediátrico con perforación corneal por complicaciones de una rosácea ocular.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 9 años de edad con historia de mancha de color marrón y molestias en el ojo derecho de una semana de evolución. Agudeza visual (AV) mejor corregida del ojo derecho (OD) de movimientos de manos y del ojo izquierdo (OI) 20/20. Al examen con lámpara de hendidura en el OD se constató blefaritis intensa, telangiectasias importantes en borde palpebral, secreción acuosa, congestión mixta moderada, pannus superior, importante neovascularización en mitad inferior de la córnea con afinamiento marcado de la misma, área de infiltrado paracentral inferior con melting de 4 mm, perforación de 3 mm de diámetro con prolapso de iris, cámara anterior en atalamia, sin evidencia de más detalles. En el OI, blefaritis leve, telangiectasias importantes en borde palpebral, secreción acuosa, conjuntiva bulbar levemente hiperémica, córnea transparente, cámara anterior formada, iris íntegro y pupila redonda, cristalino transparente. Al examen físico se observó eritema en ambas mejillas. Por lo anterior se establece el diagnóstico de rosácea ocular complicado con perforación corneal del OD.

Conclusión: La rosácea ocular es una enfermedad que a menudo es olvidada por oftalmólogos, especialmente en la edad pediátrica y cuando las manifestaciones cutáneas aún no son evidentes. Este caso demuestra que la rosácea ocular podría tener consecuencias graves, incluso hasta desarrollar ceguera en la población pediátrica.

Palabras clave: rosácea ocular, pediatría, perforación corneal.

Pediatric ocular rosacea: case report

Abstract

Purpose: To present a clinical case of a pediatric patient with corneal perforation due to complications of ocular rosacea.

Clinical case: A 9-year-old female patient with a history of brown spots and discomfort in the right eye after 1 week of evolution. Best corrected visual acuity (VA) of the right eye (RE) for hand movements and the left eye (LE) 20/20. Examination with a slit lamp in the RE revealed intense blepharitis, significant telangiectasias on the eyelid margin, watery secretion, moderate mixed congestion, superior pannus, significant neovascularization in the lower half of the cornea with marked thinning of the cornea, inferior paracentral infiltrate area with 4 mm melting, 3 mm diameter perforation with iris prolapse, anterior chamber in atalamia, without evidence of further details. LE mild blepharitis, significant telangiectasias on the eyelid margin, watery secretion, slightly hyperemic bulbar conjunctiva; transparent cornea; formed anterior chamber, intact iris and round pupil, transparent lens. Physical examination revealed erythema on both the cheeks. Therefore, a diagnosis of ocular rosacea complicated by corneal perforation of the RE was made.

Conclusion: Ocular rosacea is often overlooked by ophthalmologists, especially in children, skin manifestations are not yet evident. Early diagnosis and treatment are important to reduce the morbidity of this disease, which could have serious consequences, such as blindness.

Keywords: ocular rosacea, pediatrics, corneal perforation.

Rosácea ocular pediátrica: caso clínico

Resumo

Objetivo: Apresentar o caso de um paciente pediátrico com perfuração de córnea devido a complicações de rosácea ocular.

Caso clínico: Paciente de sexo feminino, 9 anos de idade, com história de mancha marrom e desconforto no olho direito com uma semana de evolução. Melhor acuidade visual corrigida (AV) do olho direito (OD) para movimentos de mãos e do olho

esquerdo (OE) 20/20. O exame com lâmpada de fenda no OD revelou blefarite intensa, telangiectasias importantes no rebordo palpebral, secreção aquosa, congestão mista moderada, pannus superior, neovascularização significativa na metade inferior da córnea com acentuado afinamento da córnea, área de infiltrado paracentral inferior com Fusão de 4 mm, perfuração de 3 mm de diâmetro com prolapso de íris, câmara anterior em atalamia, sem evidência de maiores detalhes. No OE, blefarite leve, telangiectasias importantes no rebordo palpebral, secreção aquosa, conjuntiva bulbar levemente hiperêmica, córnea transparente, câmara anterior formada, íris intacta e pupila redonda, cristalino transparente. O exame físico revelou eritema em ambas as bochechas. Assim, fica estabelecido o diagnóstico de rosácea ocular complicada por perfuração corneana do OD.

Conclusão: A rosácea ocular é uma doença frequentemente negligenciada pelos oftalmologistas, principalmente em crianças e quando as manifestações cutâneas ainda não são evidentes. Este caso demonstra que a rosácea ocular pode ter consequências graves, levando até à cegueira na população pediátrica.

Palavras-chave: rosácea ocular, pediatria, perfuração da córnea.

Introducción

La rosácea ocular es una enfermedad que a menudo es olvidada por los oftalmólogos, especialmente en la edad pediátrica y cuando las manifestaciones cutáneas aún no son evidentes. El diagnóstico y el tratamiento precoz son importantes para disminuir la morbilidad de esta anomalía que podría tener consecuencias graves como la ceguera. Se la considera una enfermedad cutánea crónica de alta prevalencia, con presentación y severidad variables¹. Afecta principalmente a los vasos sanguíneos y unidades pilosebáceas de la piel facial central (las mejillas, la barbilla, la nariz y la frente central) causando eritema transitorio o persistente, telangiectasias, pápulas, pústulas y cambios fimatosos; a menudo cursa con remisiones y exacerbaciones²⁻³. Es una patología frecuente subdiagnosticada, en el 20% de

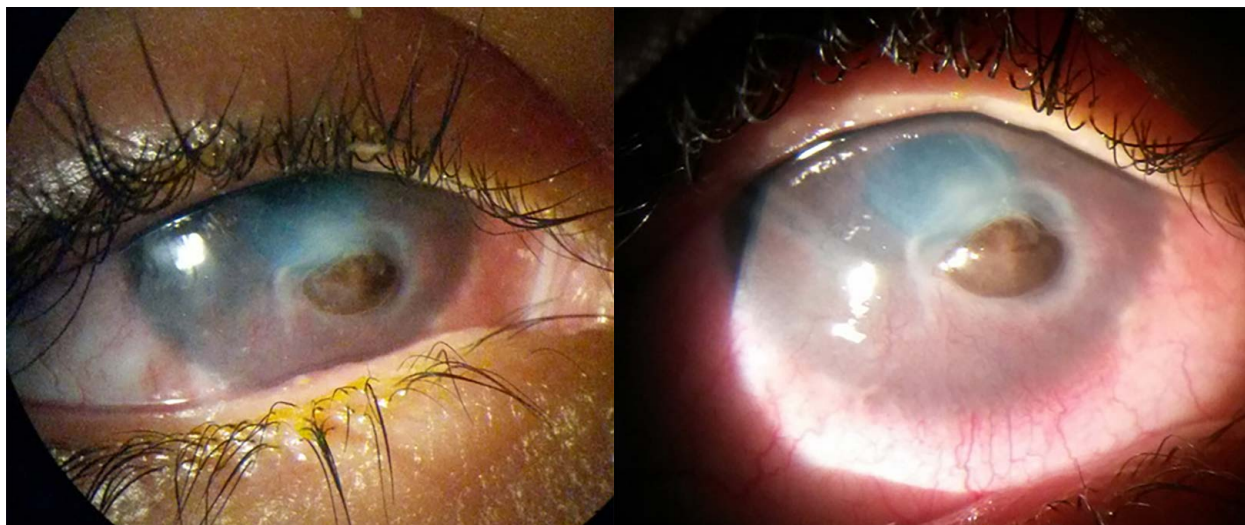


Figura 1. Perforación corneal con prolapso de iris del ojo derecho.

los casos la rosácea ocular inicia sin manifestaciones cutáneas⁴. Tanto los brotes como la gravedad de los síntomas de la rosácea ocular pueden ser independientes a los hallazgos cutáneos. Se desconoce con exactitud la prevalencia en niños debido a que la mayoría de los estudios se realizan en poblaciones adultas. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo fue realizar un estudio sobre un caso clínico de rosácea ocular en edad pediátrica y describir su manejo terapéutico.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 9 años de edad se presentó al servicio de urgencia de Oftalmología por una “mancha” de color marrón y molestias en el ojo derecho (OD), de una semana de evolución. Recibió tratamiento previo con moxifloxacino 0,15% cada 2 horas y lubricantes por 1 mes en otro centro. Sin patologías de base y con antecedente oftalmológico de ojo rojo a repetición de aproximadamente 1 año de evolución.

El examen oftalmológico reveló una agudeza visual (AV) mejor corregida del ojo derecho de movimientos de manos y del ojo izquierdo (OI) de 20/20. Al examen con lámpara de hendidura en el OD se constató blefaritis intensa, telangiectasias importantes en borde palpebral,

secreción acuosa, congestión mixta moderada, pannus superior, importante neovascularización en mitad inferior de la córnea con afinamiento marcado de ésta, área de infiltrado paracentral inferior con reblandecimiento estromal de 4 mm, perforación de 3 mm de diámetro con prolapso de iris (fig. 1), cámara anterior en atalamia sin evidencia de más detalles. En OI blefaritis leve, telangiectasias importantes en borde palpebral, secreción acuosa, conjuntiva bulbar levemente hiperémica, córnea transparente, cámara anterior formada, iris íntegro y pupila redonda, cristalino transparente. Al examen físico se observó eritema en ambas mejillas (fig. 2).

Se decidió realizar parche corneal de urgencia bajo anestesia general realizando marcación mediante un trépano 0,25 mm más grande que la perforación, una peritomía en M3 para liberación del iris prolapsado, introducción del iris sano a cámara anterior mediante inyección de viscoelástico; la perforación se cerró con parche córnea 0,5 mm más grande que ella (fig. 3). Como medicación posquirúrgica se indicó esteroides y antibióticos tópicos, se agregó además ciclosporina 0,1%, y controles cercanos. Al mes de la cirugía con buena evolución se inició el retiro de puntos según estado de suturas (fig. 4). La paciente se encuentra en seguimiento por dermatología infantil y el departamento de córnea.



Figura 2. Rosácea infantil con presencia de eritema facial.

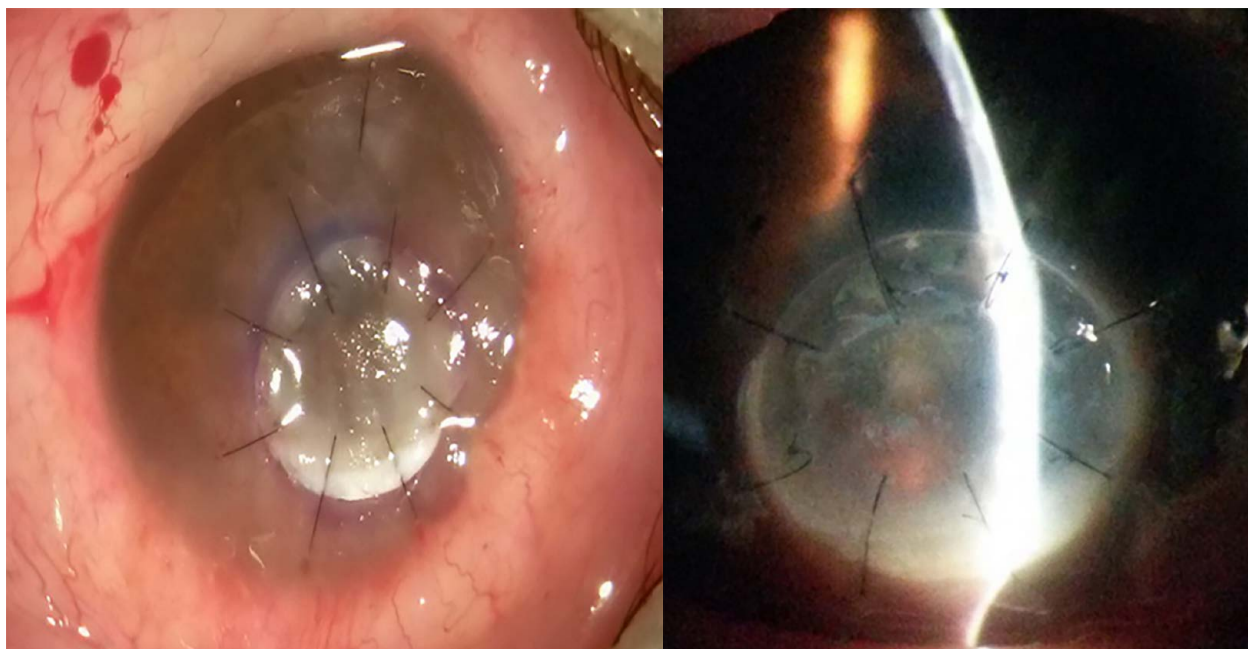


Figura 3. Queratoplastia corneal a nivel de la perforación del ojo derecho, 24 horas postoperatorio.

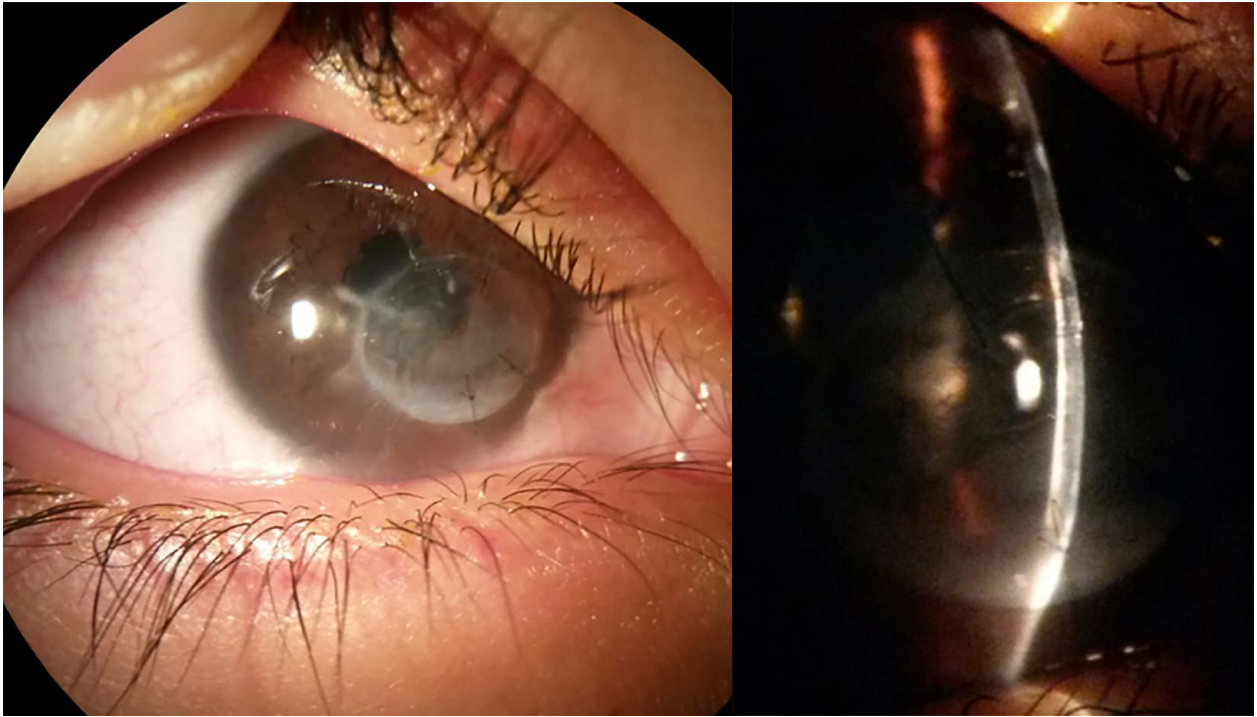


Figura 4. Queratoplastia corneal del ojo derecho, 1 mes postoperatorio.

Discusión

Aunque se considera una enfermedad cutánea, la rosácea puede evolucionar a una rosácea ocular entre el 58% y el 72% de los pacientes causando inflamación del párpado y de la superficie ocular⁵. Aproximadamente un tercio de los pacientes desarrolla afectación corneal que puede amenazar la visión⁵⁻⁶. De no tratarse, la rosácea podría generar grados de morbilidad ocular, desfiguración facial, angustia emocional y afectación de las relaciones sociales.

En general la rosácea es más frecuente en las mujeres que en los hombres; en cambio, estos son más propensos a los cambios fimatosis. La rosácea ocular afecta a ambos sexos por igual⁷. Afecta más a adultos de mediana edad, pero también puede encontrarse en la primera infancia y en los ancianos. Existen reportes sobre el 80% de los pacientes con rosácea en el Reino Unido que estaban alrededor de los 30 años de edad, con un pico en la tasa de incidencia entre las edades de

40 y 59 años⁷⁻⁸. Existen factores desencadenantes o agravantes de la rosácea como alimentos picantes, factores emocionales, temperaturas extremas, ejercicio físico, la menopausia, la exposición al sol, el consumo de alcohol, seropositividad para *Helicobacter pylori* y la presencia de *Demodex folliculorum*⁹⁻¹⁰. Estos factores tienden a ser específicos para cada individuo.

La rosácea pediátrica es una entidad que se cree que es poco frecuente, pero puede estar subregistrada, ya que las características dermatológicas a menudo están ausentes o son difíciles de identificar; se han reportado casos esporádicos entre los 10 y 19 años de edad; estos no están descritos en detalle^{8,11}. Las características clínicas de la rosácea pediátrica son similares a las observadas en adultos¹². Sin embargo, en los niños los hallazgos dermatológicos están a menudo ausentes; entre los signos oculares más comunes en la rosácea pediátrica se incluyen la disfunción de la glándula de Meibomio, telangiectasias, chalazión recurrente, hiperemia conjuntival, epitelio-

patía punteada superficial que afecta la córnea inferior, así como infiltrados corneales, pannus y neovascularización¹². Las manifestaciones corneales pueden ocurrir en hasta en el 33% de los pacientes con rosácea¹³. De no tratarse, estos infiltrados pueden progresar en el centro y conducir a la ulceración estromal e incluso perforación, como fue el caso de nuestra paciente. Las cicatrices corneales periféricas y la neovascularización pueden provocar pérdida total de la visión.

En el 20% de los casos, los signos oculares pueden incluso preceder a la afectación cutánea característica de la rosácea¹⁴⁻¹⁶, como es el caso de nuestra paciente, que presentaba antecedente de ojo rojo a repetición de 1 año de evolución.

El tratamiento inicial debería incluir medidas locales, tales como compresas tibias e higiene de los párpados con champú de bebé neutro. El tratamiento tópico con pomada de eritromicina puede utilizarse también en los márgenes de los párpados^{3, 12}. Dosis bajas de gotas con corticosteroides pueden ser necesarias para controlar la inflamación de la superficie y tratar la queratitis, la vascularización corneal periférica y la cicatrización, siempre cuidando los efectos secundarios.

En pacientes con enfermedad persistente debería ser prescrita la terapia oral. En niños menores de 8 años se prefiere la eritromicina (20 mg/kg/día). Para los niños de más edad, se considera a la doxiciclina una buena opción terapéutica (100 mg una vez o dos veces al día), ya que por lo general se tolera mejor que la tetraciclina^{12, 17-18}. El agregado tópico de la ciclosporina es útil para el mantenimiento antiinflamatorio como sustituto de esteroides a largo plazo¹⁹⁻²⁰. También puede considerarse en los niños pequeños la azitromicina, ya que en algunos estudios —sobre todo en aquellos casos donde estaba contraindicada la eritromicina— mejoró los síntomas oculares²¹.

En este trabajo comunicamos un caso de rosácea ocular pediátrica severa que fue tratada con eficacia después de 1 año de sintomatología. Ante la presencia de perforación corneal, requirió tratamiento quirúrgico y posteriormente tratamiento tópico con esteroides y ciclosporina. Indicamos terapia sistémica con eritromicina debido a la edad de nuestra paciente. Es necesario mantener un alto índice de sospecha en niños

con enfermedad de la superficie ocular, con o sin la rosácea dermatológica, para diagnosticar correctamente la rosácea ocular y evitar la morbilidad y las complicaciones.

Conclusión

La rosácea ocular debe ser considerada como un diagnóstico diferencial en edad pediátrica ante cualquier niño que presente alteraciones persistentes de la superficie ocular, sobre todo cuando se observa historia de blefaritis crónica, disfunción de glándulas de Meibomio, chalazión a repetición y síntomas de fotofobia, irritación ocular, enrojecimiento que no responden al tratamiento médico de rutina, como en el caso que hemos presentado. Tales pacientes pueden y deben evaluarse y controlarse de forma eficaz mediante tratamiento tópico y sistémico e interactuando también con el servicio de dermatología ya que, de lo contrario, esta patología puede atentar severamente contra la visión y evolucionar a la perforación corneal, como hemos observado en este trabajo. Por eso es importante destacar la relevancia del diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado debido al impacto negativo que este trastorno puede tener en la calidad de vida de los pacientes y las posibles complicaciones de esta enfermedad.

Referencias

1. Hong E, Fischer G. Childhood ocular rosacea: considerations for diagnosis and treatment. *Australas J Dermatol* 2009; 50: 272-275.
2. Kellen R, Silverberg NB. Pediatric rosacea. *Cutis* 2016; 98: 49-53.
3. Chamailard M, Mortemousque B, Boralevi F *et al.* Cutaneous and ocular signs of childhood rosacea. *Arch Dermatol* 2008; 144: 167-171.
4. Maldonado AS, Solórzano Torres C, Pazmiño Solórzano C. Manifestaciones oculares en pacientes con rosácea. *Journal of Business and Entrepreneurial Studies* 2020; 4: 1-13.
5. Vieira AC, Höfling-Lima AL, Mannis MJ. Ocular rosácea: a review. *Arq Bras Oftalmol* 2012; 75: 363-369.

6. Ghanem VC, Mehra N, Wong S, Mannis MJ. The prevalence of ocular signs in acne rosacea: comparing patients from ophthalmology and dermatology clinics. *Cornea* 2003; 22: 230-233.
7. Spoenclin J, Voegel JJ, Jick SS, Meier CR. A study on the epidemiology of rosacea in the U.K. *Br J Dermatol* 2012; 167: 598-605.
8. Rainer BM, Kang S, Chien AL. Rosacea: epidemiology, pathogenesis, and treatment. *Dermatoendocrinol* 2017; 9: e1361574.
9. El-Khalawany M, Mahmoud A, Mosbeh AS *et al.* Role of *Helicobacter pylori* in common rosacea subtypes: a genotypic comparative study of Egyptian patients. *J Dermatol* 2012; 39: 989-995.
10. Crawford GH, Pelle MT, James WD. Rosacea: I. etiology, pathogenesis, and subtype classification. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51: 327-341.
11. Lacz NL, Schwartz RA. Rosacea in the pediatric population. *Cutis* 2004; 74: 99-103.
12. Cetinkaya A, Akova YA. Pediatric ocular acne rosacea: long-term treatment with systemic antibiotics. *Am J Ophthalmol* 2006; 142: 816-821.
13. Peralejo B, Beltrani V, Bielory L. Dermatologic and allergic conditions of the eyelid. *Immunol Allergy Clin North Am* 2008; 28: 137-168.
14. Jansen T, Plewig G. Rosacea: classification and treatment. *J R Soc Med* 1997; 90: 144-150.
15. Wilkin J, Dahl M, Detmar M *et al.* Standard classification of rosacea: report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2002; 46: 584-587.
16. Barankin B, Guenther L. Rosacea and atopic dermatitis: two common oculocutaneous disorders. *Can Fam Physician* 2002; 48: 721-724.
17. Donaldson KE, Karp CL, Dunbar MT. Evaluation and treatment of children with ocular rosacea. *Cornea* 2007; 26: 42-46.
18. Hong E, Fischer G. Childhood ocular rosacea: considerations for diagnosis and treatment. *Australas J Dermatol* 2009; 50: 272-275.
19. Schechter BA, Katz RS, Friedman LS. Efficacy of topical cyclosporine for the treatment of ocular rosacea. *Adv Ther* 2009; 26: 651-659
20. Bilgin B, Karadag AS. Effects of combined oral doxycycline and topical cyclosporine treatment on ocular signs, symptoms, and tear film parameters in rosacea patients. *Arq Bras Oftalmol* 2018; 81: 466-470.
21. Bakar O, Demircay Z, Toker E, Cakir S. Ocular signs, symptoms and tear function tests of papulopustular rosacea patients receiving azithromycin. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2009; 23: 544-549.