



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL**  
**TÍTULO DE:**  
**ESPECIALISTA EN DERMATOLOGÍA**

**TEMA:**

**“MANIFESTACIONES OCULARES EN PACIENTES CON ROSACEA”**

**AUTOR:**

**DRA. AMALIA SALCEDO**

**DIRECTOR:**

**DRA CRISTINA SOLORZANO**

**GUAYAQUIL – ECUADOR**

**2018**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *la Dr. Amalia Gracia Salcedo Maldonado*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en *Dermatología*.

Guayaquil, a los 6 días del mes de Septiembre año 2018

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

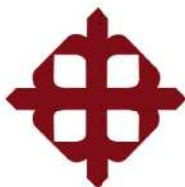
---

Dra. Cristina Solórzano

**DIRECTOR DEL PROGRAMA:**

---

Dr. Enrique Uraga



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**SISTEMA DE POSGRADO**

**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:**

**YO, Md. *Amalia Gracia Salcedo Maldonado***

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de Investigación “***MANIFESTACIONES OCULARES EN PACIENTES CON ROSACEA***” previa a la obtención del Título de Especialista en Dermatología, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Investigación mencionado.

Guayaquil, a los 6 días del mes de Septiembre año 2018

**EL AUTOR:**

---

Dra. Amalia Salcedo Maldonado



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**AUTORIZACIÓN:**

***YO, Amalia Gracia Salcedo Maldonado***

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: “***MANIFESTACIONES OCULARES EN PACIENTES CON ROSACEA***”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 6 días del mes de Septiembre año 2018

**EL AUTOR:**

---

Dra. Amalia Salcedo Maldonado

## **1. Agradecimiento**

A mi esposo por su amor y apoyo incondicional, a mi hija por ser mi motor en la vida.

A mis padres por confiar en mí desde siempre, por sus enseñanzas y su entrega.

A Dios por guiarme.

## 2. Resumen

**Antecedentes:** La rosácea es una enfermedad inflamatoria de la piel que se caracteriza por eritema centro facial. Ciertos pacientes pueden presentar manifestaciones a nivel ocular, las cuales, a pesar de poder llegar a ser severas, no suelen ser investigadas y son comúnmente subdiagnosticadas por los dermatólogos. Estas manifestaciones oculares son múltiples e inespecíficas, su presencia debería darnos la sospecha del compromiso ocular asociado a rosácea y estos pacientes deberían ser examinados por un oftalmólogo. Entre las manifestaciones encontramos fotosensibilidad, sensación de cuerpo extraño, escozor, disfunción de las glándulas de Meibomio, entre otras.

**Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio observacional, prospectivo, descriptivo y de corte transversal. Se estudió 37 pacientes con rosácea que acudieron al Centro Privado de Piel “Enrique Uruga Peña”.

**Resultados:** El 91,9% de los pacientes estudiados presentaban compromiso ocular. La fotosensibilidad fue la manifestación ocular asociada más común, 75,7%, seguida de inyección conjuntival 73%. No se encontró asociación entre manifestaciones oculares según el tipo de rosácea. Los síntomas oculares aparecen en pacientes de mayor edad que los síntomas cutáneos.

**Conclusiones:** El compromiso ocular es muy prevalente en pacientes con rosácea. Los síntomas oculares pueden presentarse como manifestaciones clínicas tardías de la enfermedad. Las manifestaciones oculares tienen un curso individual, no se ven influenciadas por el tipo de rosácea, ni por la edad y sexo de los pacientes.

**Palabras Clave:** ROSACEA, OCULAR, MANIFESTACIONES

### 3. Abstract

**Background:** Rosacea is an inflammatory skin disease characterized for facial erythema. Some patients present ocular manifestations and, although this can be sight threatening, they are usually undiagnosed by dermatologist. These are multiple and unspecific manifestations, but the presence of one of them should make us think about the ocular association of rosacea and these patients should be examined by an ophthalmologist. The manifestations are light sensitivity, foreign object sensation, stinging, Meibomian gland dysfunction, and others.

**Materials and methods:** A prospective, observational, descriptive and cross-sectional study was conducted. Thirty seven patients with clinical diagnose of rosacea were studied at the Centro Privado de Piel “Enrique Uraga Peña”.

**Results:** The ocular manifestations were present in 91.9% of the patients. Light sensitivity was the most comun ocular manifestation, seen in 75.7% of patients. There was no association between ocular manifestations and the different subtypes of rosacea. Age of onset of the ocular symptoms was greater than age of onset of cutaneous symptoms.

**Conclusions:** Ocular involvement is very prevalent in rosacea patients. Ocular symptoms can be late onset clinical manifestations of the disease. Ocular manifestations have an individual course, they are not influenced by subtype of rosacea, age or sex.

**Key Words:** ROSACEA, OCULAR, MANIFESTATIONS

## 4. INDICE DE CONTENIDOS

1.	AGRADECIMIENTO .....	V
2.	RESUMEN .....	VI
3.	ABSTRACT .....	VII
4.	INDICE DE CONTENIDOS.....	VIII
5.	INDICE DE TABLAS .....	X
6.	INDICE DE ANEXOS .....	XI
7.	INTRODUCCION .....	1
8.	EL PROBLEMA .....	2
	IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	2
	FORMULACIÓN.....	3
9.	OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	4
	GENERAL.....	4
	ESPECÍFICOS.....	4
	MARCO TEÓRICO .....	5
	ROSÁCEA. GENERALIDADES.....	5
	COMORBILIDADES.....	8
	MANIFESTACIONES OCULARES .....	9
10.	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS.....	12
11.	MÉTODOS .....	13
	JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO .....	13
	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	13
	CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO .....	13
	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	14
	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	14
	TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	15
	VARIABLES .....	16
	Operacionalización de las variables .....	16
12.	PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	18
13.	DISCUSIÓN .....	24
14.	CONCLUSIONES.....	27



15.	VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN .....	28
16.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	29
17.	ANEXO .....	33

## 5. INDICE DE TABLAS

TABLA A. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	15
TABLA B. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	17
TABLA 1. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES.....	19
ET: ERITEMATOTELANGIECTÁSICA; PP: PÁPULO PUSTULOSA.....	19
TABLA 2. MANIFESTACIONES OCULARES EN PACIENTES CON ROSÁCEA.	

## 6. INDICE DE ANEXOS

Anexo 1.....	33
--------------	----

## 7. INTRODUCCION

La rosácea es una enfermedad crónica inflamatoria de la piel que afecta la región centro facial. Se caracteriza por presentar eritema, pápulas, pústulas, telangiectasias y “flushing” en parte central de la frente, nariz, mejillas y mentón(1). Estos episodios se presentan con periodos de remisión y exacerbación, llegando incluso en ocasiones a ser persistentes y provocar cambios fimatosos en la piel de dichas áreas. La rosácea se observa con mayor frecuencia en mujeres jóvenes, entre los 30 y 50 años de edad y en hombres se presentan las formas más severas. Es más común en pacientes de piel clara, aunque también se presenta en fototipos altos(2). Además, ésta enfermedad se asocia a un mayor riesgo de desarrollar episodios depresivos, de ansiedad y tendencia a evitar contacto social(3).

Dependiendo del tipo de manifestaciones que los pacientes presenten, se puede clasificar en 4 tipos entre los cuales se incluye la rosácea eritematotelangiectásica, pápulo pustulosa, ocular y fimatosa, aunque también puede haber superposición entre los subtipos(4).

El compromiso ocular es poco conocido y usualmente subdiagnosticado, a pesar de ser común y de las complicaciones que puede presentar, llegando incluso a afectar la córnea. En estos pacientes los hallazgos son variados y en ocasiones poco específicos, pueden presentar inyección conjuntival, telangiectasias en borde del párpado, fotofobia, sensación de cuerpo extraño, prurito, entre otros(5).

Las manifestaciones oculares pueden presentarse antes, durante o después del inicio de las manifestaciones cutáneas, pero es raro que este sea mencionado durante una consulta dermatológica o que un oftalmólogo lo tenga en mente en el momento de la exploración(6). Este estudio pretende describir la frecuencia de las manifestaciones oculares para que los dermatólogos evalúen su importancia al momento del examen físico y derivar al paciente al especialista en el momento indicado.

## **8. EL PROBLEMA**

### **Identificación, Valoración y Planteamiento**

La rosácea es una enfermedad inflamatoria crónica con afectación cutánea y en ocasiones ocular. Esta afecta de gran manera la calidad de vida de estos pacientes.

Las manifestaciones oculares se presentan en gran parte de los pacientes, a pesar de eso, no son muy conocidas y suelen ser subdiagnosticadas. Estas manifestaciones suelen ser inespecíficas presentando: lagrimeo, enrojecimiento, sensación de cuerpo extraño, prurito o quemazón, entre otros; pero pueden llegar a ser persistentes y severas afectando estructuras vitales para la visión.

El compromiso ocular puede presentarse antes, durante o después del diagnóstico de rosácea y su identificación es vital para evitar complicaciones a largo plazo. Es por esto la importancia de que el dermatólogo conozca los hallazgos a nivel ocular y su frecuencia, para así, poder derivar al paciente al especialista en el momento indicado.

## **9. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

¿Qué tan frecuente se presentan las manifestaciones oculares en pacientes con rosácea?

## **10. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

### **General**

1. Determinar la presencia de manifestaciones oculares en pacientes con rosácea

### **Específicos**

1. Establecer la frecuencia de cada una de las manifestaciones oculares
2. Determinar el tipo de rosácea más afectado con manifestaciones oculares
3. Identificar edad de aparición de las manifestaciones oculares y cutáneas

## MARCO TEÓRICO

### Rosácea. Generalidades.

La rosácea es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel que afecta zonas fotoexpuestas. Se observa principalmente en mujeres de piel clara entre los 30 y 50 años de edad(1). Ésta enfermedad afecta al 10% de la población general y se presenta con periodos de remisión y exacerbación manifestándose de diferentes maneras, pero la enfermedad usualmente progresa con el tiempo(7). Es por esto que estos pacientes tienen mayor riesgo a desarrollar episodios de depresión, ansiedad y tendencia a evitar situaciones sociales. Al contrario de la enfermedad como tal, estas complicaciones son más comunes en hombres que en mujeres y al mejorar la enfermedad cutánea posterior al tratamiento, también lo hacen las complicaciones psicosociales(3).

Su patogenia aún no está completamente entendida, pero se sabe que es de etiología multifactorial con tendencia según la predisposición genética(7). Se sabe que se presenta debido a una interacción entre factores genéticos, desregulación inmunológica, alteraciones neurovasculares, microorganismos y factores ambientales(2) (8).

En cuanto a la genética, se sabe que personas con antecedentes familiares de rosácea tienen mayor riesgo a presentarla. Se ha encontrado un HLA en pacientes con rosácea, el cual, interesantemente, también se encuentra asociado a diabetes mellitus I y enfermedad celiaca(7).

La desregulación inmunológica es un componente importante en la rosácea. Se produce activación del sistema inmune innato, lo que libera niveles altos de catelicidinas y calicreina 5 en la piel lesional, esto lleva al desarrollo de inflamación crónica y anormalidades vasculares(8).

La piel tiene una conexión cercana con el sistema nervioso, inmune y endocrino. Los desencadenantes en pacientes con rosácea hacen que éstos sistemas se alteren y produzcan una desregulación neurovascular, que lleva a vasodilatación, eritema transitorio y aumento de la sensibilidad y prurito(7)(8).



Ciertos microorganismos producen reacciones inflamatorias que influyen en el desarrollo de la rosácea, tales como el demódex que es un ácaro saprofito localizado en los folículos pilosebáceos y se encuentra en mayor número en pacientes con rosácea(9).

Además, ciertos factores ambientales pueden contribuir al desarrollo o exacerbación de la rosácea. Estos son principalmente factores que producen vasodilatación, tales como: consumir alimentos a temperaturas altas, picantes, bebidas alcoholicas(10), radiación UV(8), cambios bruscos de temperatura, tratamientos agresivos y ciertos medicamentos(11).

Entre sus manifestaciones se incluyen hallazgos primarios como el “flushing” o eritema transitorio, eritema persistente, pápulas, pústulas y telangiectasias; entre los hallazgos secundarios encontramos sensación de ardor o escozor, placas, apariencia reseca, edema, manifestaciones oculares, localización periférica o cambios fimatosos(4). Debido a ésta gran variedad de manifestaciones, en el 2002, la Sociedad Nacional Americana de Rosácea decidió crear cuatro subtipos para que la evaluación sea más sencilla y útil, pero es importante recalcar que un paciente puede presentar características de más de un subtipo a la vez(4).

Entre los cuatro subtipos principales de rosácea se encuentran: la forma eritematotelangiectásica, la cual se caracteriza por presentar eritema facial persistente, “flushing”, telangiectasias y sensibilidad cutánea; la forma papulopustulosa, que se presenta con pápulas y pústulas localizadas en región centrofacial similares al acné pero con la diferencia de que en el caso de la rosácea, no se presentan comedones; la forma fimatosa, presenta engrosamiento de la piel y contornos faciales irregulares principalmente en nariz, aunque también pueden presentarse en mentón, frente y mejillas, además se acompañan de hiperplasias sebáceas y piel grasa; y por último la forma ocular, que puede aparecer antes, durante o después del diagnóstico de la enfermedad cutánea y se presenta con hiperemia conjuntival, blefaritis anterior, queratitis, telangiectasias parpebrales, lagrimeo, entre otros signos y síntomas inespecíficos(9).

Se ha descrito también rosácea infantil, aunque es poco frecuente y subdiagnosticada. Las características clínicas son similares a las del adulto, con la diferencia de que no se presenta la forma fimatosa(9).

Entre los diagnósticos diferenciales podemos encontrar el acné, demodicosis, dermatitis seborreica, lupus eritematoso sistémico, dermatitis de contacto, policitemia vera, entre otras patologías que cursen con cara roja(12).

El diagnóstico se basa tanto en la clínica del paciente y un correcto interrogatorio, en caso de dudas se puede realizar una biopsia para descartar otras enfermedades, pero esto no suele ser necesario ya que las características histológicas de la rosácea no suelen ser específicas(1).

Existe una variedad de estrategias terapéuticas para la rosácea, unas más costosas que otras y el gasto por tratamiento es proporcional a su severidad. Además se ha descubierto que los pacientes con menores ingresos económicos tienden a gastar más en tratamiento ya que presentan casos más severos de rosácea(13). Al decidir el tratamiento adecuado para cada paciente se debe tomar en cuenta el tiempo de evolución de la enfermedad, síntomas y signos predominantes y el grado de afectación emocional del paciente(12).

Los pacientes con rosácea deben recibir educación acerca de las medidas generales que deben tomar en cuenta para la mejoría de su cuadro. Una de las principales es evitar desencadenantes, tales como alcohol, calor, frío o ejercicios extremos, entre otros. Es importante recalcar la importancia del cuidado de la piel con el uso de maquillaje adecuado y cosmecéuticos, además de la fotoprotección(12). También se ha descubierto que la dieta juega un rol importante en el tratamiento de rosácea. Se ha dividido en 4 categorías a los desencadenantes de la rosácea relacionados con la alimentación que se debe evitar, estos son: los relacionados a la comida a temperaturas altas, relacionados al alcohol, relacionados a la capsaicina y los relacionados al cinemaldehído. Además, se cree que hay una conexión entre la piel y el intestino, por lo que, a pesar de que aún se necesitan más estudios, se debe guiar al paciente para promover un buen microbioma intestinal, incluyendo una dieta rica en fibra y prebióticos(10).

Además de las medidas generales, la rosácea se debe tratar según el subtipo. La rosácea eritemato-telangiectásica generalmente puede ser tratada con tratamiento tópicos como la ivermectina, metronidazol, brimonidina, entre otros, aunque en ocasiones suele necesitar de tratamientos complementarios como la luz pulsada intensa y otros tipos de láser. En el caso de la pápulo-pustulosa, dependiendo de la severidad, se puede indicar tratamiento tópico acompañado o no de tratamiento sistémico como doxiciclina en dosis subantimicrobianas, minociclina, eritromicina o isotretinoína. En el caso del subtipo fimatoso es importante indicar tanto tratamiento tópico como sistémico y esto se puede acompañar de tratamientos complementarios como corticoides intralesionales, luz pulsada intensa y en ocasiones tratamiento quirúrgico. Y por último la rosácea ocular puede mejorar con el tratamiento sistémico para la enfermedad cutánea aunque también es importante la evaluación oftalmológica para mejor manejo(11).

## **Comorbilidades**

Se sabe que el desarrollo de rosácea se debe a alteraciones de la vasculatura cutánea y desregulación inmunológica. Varios estudios recientes han demostrado la asociación de rosácea con el riesgo de desarrollar graves desórdenes sistémicos. Este descubrimiento le da gran relevancia clínica al diagnóstico de rosácea(14).

Se ha encontrado asociación con alteraciones cardiovasculares como dislipidemia, hipertensión y enfermedad coronaria. La asociación con enfermedades gastrointestinales se da con enfermedad celiaca, enfermedad de Crohn, síndrome de intestino irritable, colitis ulcerativa y enfermedad hepática(14). En el caso de la asociación con desórdenes neurológicos el subtipo más relacionado es la rosácea ocular. Se ha descubierto que los pacientes con este subtipo de rosácea tienen un 69% mayor riesgo de presentar migraña de nuevo inicio que la población normal(15). Así también, se ha visto que los pacientes con rosácea ocular tienen un incremento del doble de riesgo de desarrollar enfermedad de Parkinson en comparación con la población

normal(16). Otros desórdenes neurológicos relacionados son enfermedad de Alzheimer, gliomas y distonía facial(17). Además, como ya es conocido, el desarrollo de alteraciones psiquiátricas como depresión, ansiedad social y disminución en la calidad de vida de estos pacientes(17). También se ha propuesto asociación con cancer de tiroides, carcinoma basocelular y gliomas en pacientes con rosácea(14).

## **Manifestaciones oculares**

Se cree que las manifestaciones oculares se presentan en más del 50% de los pacientes con diagnóstico de rosácea(6), incluso hasta el 33% pueden llegar a tener alteraciones corneales graves(18). Estas manifestaciones suelen ser pasadas por alto en la consulta dermatológica, incluso, los pacientes no suelen mencionarlas a menos de que se les pregunte directamente por ellas y en el caso de la consulta oftalmológica, las lesiones en piel no son tomadas en cuenta por lo que se dificulta el diagnóstico(19).

Al igual que en el caso de las manifestaciones cutáneas de la rosácea, no se conoce bien la razón del compromiso ocular, pero se ha confirmado que es de origen inflamatorio(20). En el estudio de Stone y colaboradores encontraron niveles elevados IL-a y metaloproteinasa de matriz – 9 en lágrimas de pacientes con compromiso ocular(21). Además, en el estudio de Barton y colaboradores, también encontraron niveles altos de TNF-a en la superficie ocular(22)(20).

Estas manifestaciones pueden presentarse como inflamación de los párpados y superficie ocular de grado variable, que en ocasiones no se puede relacionar con la severidad de las manifestaciones cutáneas. Se han encontrado en rosácea leve, moderada o severa e incluso en ausencia de diagnóstico de rosácea. Los hallazgos oculares pueden pasar desapercibidos por mucho tiempo, ya que en el 20% de los pacientes, estos, preceden a los cutáneos y hasta el 90% de los pacientes con diagnóstico de rosácea ocular tienen manifestaciones muy sutiles de enfermedad cutánea(5). Es por esto la importancia del correcta evaluación por parte del dermatólogo, para así poder derivar al paciente al especialista en oftalmología y poder llevar un manejo multidisciplinario de la enfermedad(23).

Al contrario de la rosácea facial, que afecta con mayor frecuencia a mujeres, las manifestaciones oculares se ven de igual manera en ambos sexos. La incidencia varía entre estudios oftalmológicos y dermatológicos entre el 6 – 72%(19)

Estas manifestaciones son inespecíficas y muy variables, incluso pueden llegar a confundirse con otros desordenes oftalmológicos similares de la superficie ocular, lo que va a dificultar más el diagnóstico(5). La actualización del 2017 del Comité de Expertos de la Sociedad Nacional de Rosácea describió los síntomas y signos oculares que comúnmente se presentan en los pacientes con rosácea(24). Entre estos hallazgos se encontró: sensación de quemazón, sensación de escozor, fotosensibilidad, sensación de cuerpo extraño, disfunción de las glándulas de Meibomio, conjuntivitis, acúmulos en la base de las pestañas; además, se hizo un especial énfasis en los hallazgos externos que los dermatólogos pueden identificar en el momento de la consulta, siendo estos telangiectasias en borde palpebral, telangiectasias en conjuntiva interpalpebral, alteraciones en las glándulas de Meibomio y chalazion. También, existen signos para los que se requiere de un examen oftalmológico, como queratitis, infiltrados córneos, evaluación de la vascularización y escleritis. Con estos hallazgos el oftalmólogo, podrá categorizar la enfermedad en leve, si solo presenta blefaritis, leve a moderada, si presenta blefaritis acompañado de inyección conjuntival, moderada a severa, si hay compromiso de la córnea y de la vascularización y severa si presenta escleritis o queratitis(24).

En el caso de los niños, la rosácea suele ser subdiagnosticada pero estudios han demostrado que la recurrencia de orzuelos y blefaritis puede ser un indicador de mayor riesgo para desarrollar rosácea en la adultez esto apoya también la teoría de que las manifestaciones oculares suelen preceder a las cutáneas(25).

No existen exámenes de laboratorio disponibles para el diagnóstico del compromiso ocular, éste se basa en los hallazgos clínicos mencionados anteriormente(19). Cuando se tiene la sospecha de que existe este compromiso, el paciente debe ser derivado al oftalmólogo para que se realice análisis con prueba de Schimer, lámpara de hendidura y evaluación del tiempo de ruptura de la película lagrimal y según los resultados confirmar el diagnóstico(26).

Para el manejo, se incluye tratamiento tópico y sistémico. En cuanto al sistémico, lo que se utilice para el manejo de las lesiones en piel va a ayudar a mejorar el compromiso ocular. Es necesaria una correcta higiene de los párpados, lubricantes oculares y manejo de la inflamación. En caso de que el compromiso sea más severo y no mejore con estas medidas, será necesario acudir a un oftalmólogo(6).

## **11. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS**

El compromiso ocular se observa en más el 50% de los pacientes con rosácea.

## **12. MÉTODOS**

### **Justificación de la elección del método**

Se realizó un estudio que según la intervención del investigador es observacional, según la planificación de toma de los datos es prospectivo, según el número de ocasiones que se midió es transversal y según las variables analíticas es descriptivo.

Esta investigación se llevó a cabo en el Centro Privado de Piel “Enrique Uraga Peña” en el periodo comprendido desde enero a junio del 2018. En este tiempo se captaron 37 pacientes con diagnóstico clínico de rosácea. No se utilizó métodos para calcular el tamaño de la muestra, ya que se incluyeron los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

### **Diseño de la investigación**

Se trata de un estudio observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. El universo del estudio fueron los pacientes atendidos en el Centro Privado de Piel “Enrique Uraga Peña” con diagnóstico clínico de rosácea en el periodo de 6 meses y que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión.

### **Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio**

Se evaluó a todos los pacientes con diagnóstico de rosácea que acudieron al Centro Privado de Piel “EUP”, que cumplieron con los siguientes criterios:



#### Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de rosácea
- Pacientes mayores de 10 años
- Pacientes con o sin tratamiento para rosácea

#### Criterios de exclusión:

- Pacientes con cara roja por causas diferentes
- Negación a participar en el estudio

### Procedimiento de recolección de la información

Para este estudio se evaluó a los pacientes con diagnóstico de rosácea que acudieron al Centro Privado de Piel “EUP” entre enero y junio 2018. Se creó una tabla en el programa Microsoft Excel, donde se llevó registro de sexo, edad, tipo de rosácea y tiempo de evolución de la misma. En cuanto a los signos y síntomas oculares, se registró su presencia o no según la descripción de los mismos en la actualización del 2017 del Comité de Expertos de la Sociedad Nacional de Rosácea. Siendo estos: telangiectasias en borde libre del párpado, inyección conjuntival interpalpebral, sensación de quemazón, punzante, fotosensibilidad, sensación de cuerpo extraño, chalazión, conjuntivitis, acúmulos en la base de las pestañas y costras mielicericas e irregularidad en la arquitectura del borde palpebral. En caso de presentar alguno de los síntomas y signos anteriores, también se preguntó el tiempo de evolución de los mismos.

### Técnicas de recolección de información

Tabla 1	
Variable	Técnica
Manifestaciones oculares	Evaluación clínica + Interrogatorio directo (anexo 1)

Tipo de Rosácea (Eritemato-telangiectasica o pápulo pustulosa)	Historia Clínica
Sexo/genero	Historia Clínica
Edad del paciente	Historia Clínica
Aparición de síntomas cutáneos	Historia Clínica
Aparición de síntomas oculares	Interrogatorio directo

*Tabla a. Recolección de información*

### **Técnicas de análisis estadístico**

Se usó estadística descriptiva e inferencial. Las variables continuas fueron expresadas como medias  $\pm$  desviación estándar (DS) para distribuciones normales y como mediana (Me) y rango intercuartil (RI) para distribuciones no normales; las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes.

Se utilizó prueba de Chi cuadrado de asociación para el análisis de variables cualitativas y T de Student o U de Mann-Whitney según correspondía, para analizar variables cuantitativas. Se tomó como significativa una  $p < 0,05$ . El análisis estadístico fue hecho bajo entorno MedCalc Statistical Software versión 18.2.1.

## Variables

### Operacionalización de las variables

<b>Tabla 2</b>			
<b>Variable</b>	<b>Indicador</b>	<b>Unidades, Categorías o Valor Final</b>	<b>Tipo/Escala</b>
<b><i>Variable dependiente, de respuesta o de supervisión</i></b>			
Manifestaciones oculares	Signos y síntomas oculares inespecíficos que se asocian a la presencia de rosácea cutánea y son fácilmente evaluables clínicamente	Presencia o no de: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Telangiectasias en borde palpebral</li> <li>• Inyección conjuntival interpalpebral</li> <li>• Sensación de quemazón</li> <li>• Sensación de escozor</li> <li>• Fotosensibilidad</li> <li>• Sensación de cuerpo extraño</li> <li>• Chalazión frecuentes</li> <li>• Conjuntivitis</li> <li>• Acúmulos en la base de las pestañas o costras melicericas</li> </ul>	Cualitativa dicotómica
<b><i>Variables independientes, predictivas o asociadas</i></b>			

Rosácea eritematotelangiectásica	Enrojecimiento centrorfacial, acompañado de telangiectasias, flushing, sensación de quemazón	Si/No	Cualitativa dicotómica
Rosácea pápulo pustulosa	Enrojecimiento centrorfacial, acompañado de pequeñas pápulas y pústulas puntiformes de base eritematosas	Si/No	Cualitativa dicotómica
Sexo/genero	Características cromosómicas sexuales	Femenino/Masculino	Cualitativa dicotómica
Edad del paciente	Intervalo de tiempo entre nacimiento y el estudio	Edad expresada en números	Cuantitativa ordinal
Aparición de síntomas cutáneos	Edad de aparición	Edad expresada en números	Cuantitativa ordinal
Aparición de síntomas oculares	Edad de aparición	Edad expresada en números	Cuantitativa ordinal

Tabla b. Operacionalización de variables

### 13. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

Se estudiaron un total de 37 pacientes consecutivos con diagnóstico de rosácea, con una media de edad de  $36,91 \pm 11,86$  años. El 70,3% (26/37) de los pacientes fueron mujeres y el 29,7% varones (11/37). Rosácea eritematotelangiectásica (ET) se encontró en el 64,9% (24/37) de los pacientes y rosácea pápulo pustulosa (PP) en el 35,1% (13/37). Un 91,9% (34/37) de los pacientes estudiados presentaba compromiso ocular asociado a rosácea. Otras características clínicas de los pacientes se detallan en la **Tabla 1**.

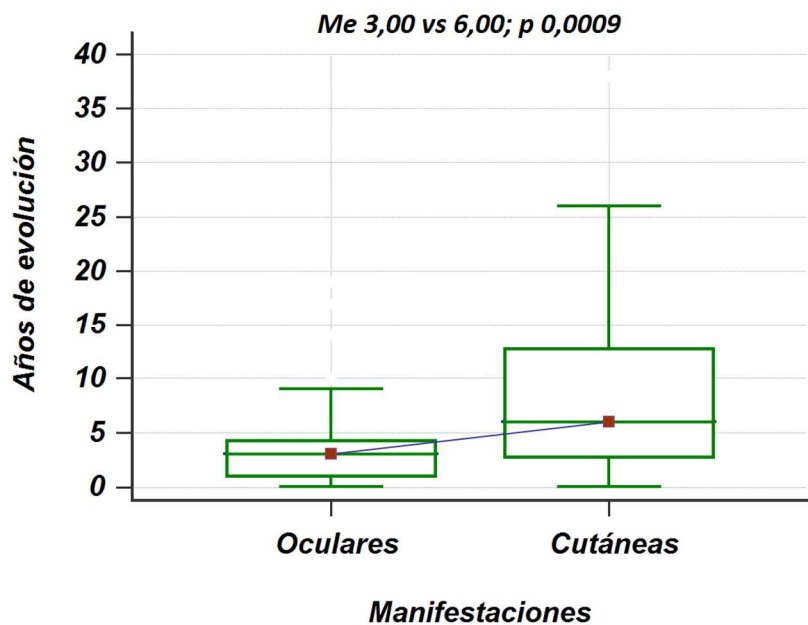
<b>Edad en años (<math>X \pm DS</math>)</b>	$36 \pm 11,86$
<b>Sexo (% n)</b>	♂ 70,3% (26/37) ♀ 29,7% (11/37)
<b>Compromiso ocular (% n)</b>	91,9% (34/37)
<b>Tipos de Rosácea (% n)</b>	ET: 64,9% (24/37) PP: 35,1% (13/37)
<b>Años de evolución síntomas cutáneos (Me, RI)</b>	6,00 (2,75 – 12,75)
<b>Años de evolución síntomas oculares (Me, RI)</b>	3,00 (1,00 – 4,25)
<b>Edad aparición síntomas cutáneos (<math>X \pm DS</math>)</b>	$28 \pm 11,56$
<b>Edad de aparición</b>	$33,25 \pm 11,54$

**síntomas oculares ( $X \pm DS$ )**

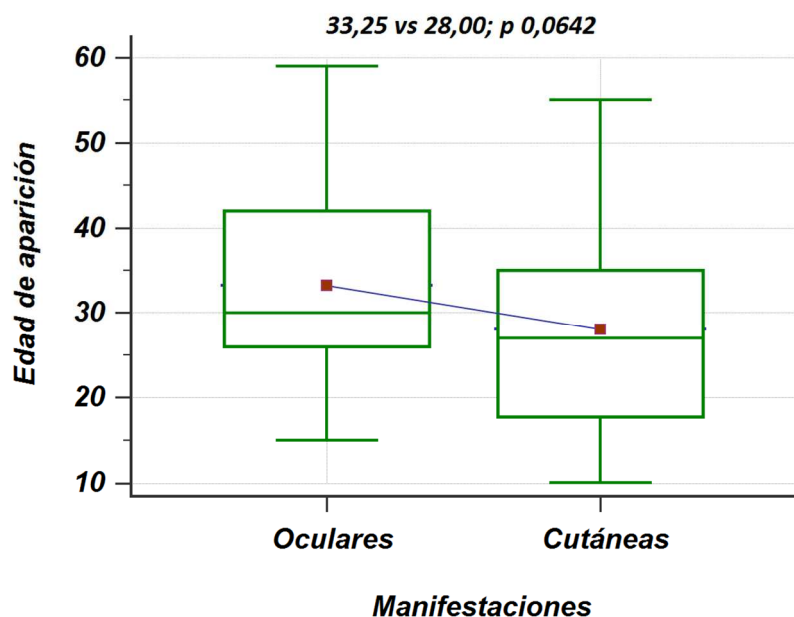
Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes.

ET: eritematotelangiectásica; PP: pápulo pustulosa.

Los años de evolución fueron significativamente menores para los síntomas oculares en comparación a los síntomas cutáneos (Me 3,00 vs 6,00; p 0,0009) (**Grafico 1**). Asimismo la edad de aparición síntomas oculares fue mayor en relación a la edad de aparición de síntomas cutáneos, si bien la diferencia no llegó a ser significativa (33,25 vs 28,00; p 0,0642) (**Grafico 2**).



**Gráfico 1.** Años de evolución según manifestaciones oculares y cutáneas



**Gráfico 2.** Edad de aparición de manifestaciones oculares y cutáneas.

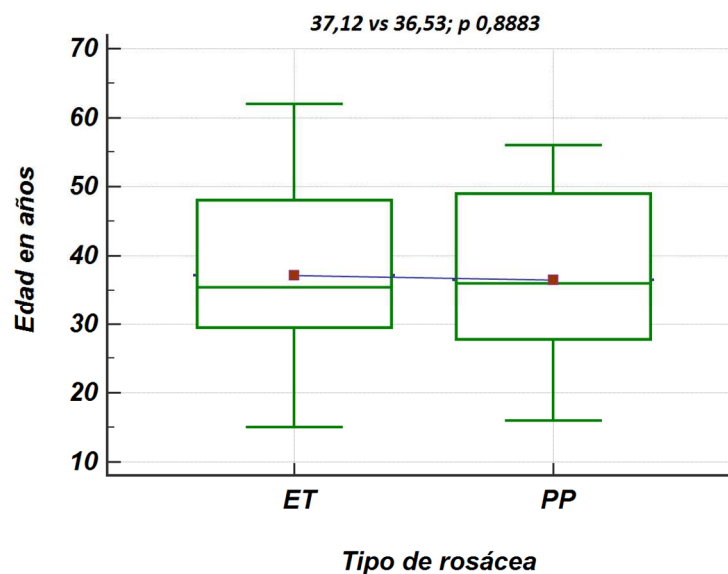
Fotosensibilidad fue la sintomatología ocular asociada más común (75,7%), seguida de inyección conjuntival (73%) y escozor (62,2%); la menos frecuente fue chalazion (18,9%). Estos resultados se detallan en la **Tabla 2**.

<b>Signos y síntomas oculares</b>	<b>N/27 (%)</b>
<i>Fotosensibilidad</i>	28 (75,7)
<i>Inyección conjuntival</i>	27 (73)
<i>Escozor</i>	23 (62,2)
<i>Sensación de cuerpo extraño</i>	21 (56,8)
<i>Sensación de Quemazón</i>	18 (48,6)

<i>Telangiectasias en borde palpebral</i>	<i>14 (37,8)</i>
<i>Costras mielicéricas</i>	<i>12 (32,4)</i>
<i>Chalazion</i>	<i>7 (18,9)</i>

Tabla 2. Manifestaciones oculares en pacientes con rosácea.

No se encontraron diferencias significativas en la edad de los pacientes según el tipo de rosácea (ET 37,12 vs PP 36,53;  $p$  0,8883) (**Grafico 3**).



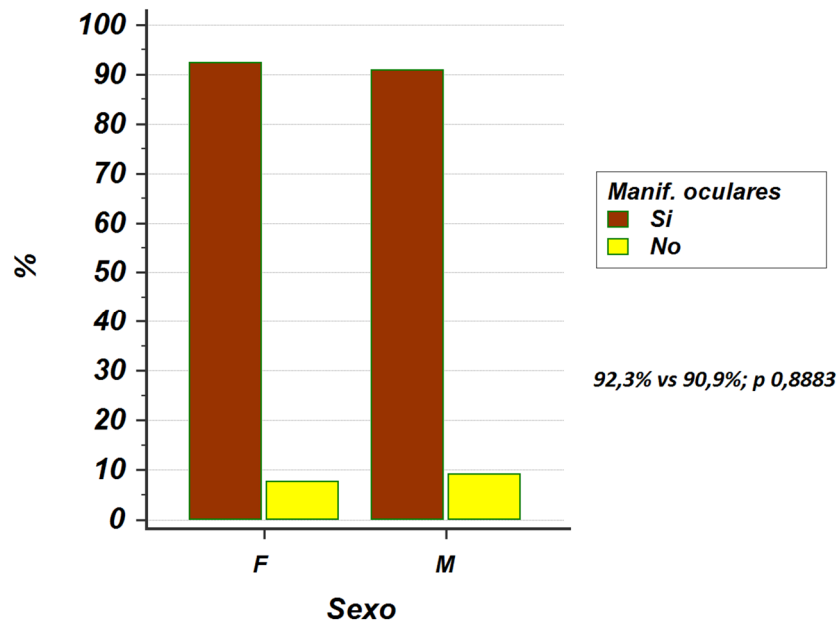
**Gráfico 3.** Edad según tipo de rosácea

*ET: eritematotelangiectásica; PP: pápulo pustulosa.*

El compromiso ocular no se vio asociado al sexo de los pacientes ( $\text{♂}$  92,3% vs  $\text{♀}$  90,9%;  $p$  0,8883) (**Grafico 4**). Tampoco se encontró asociación entre

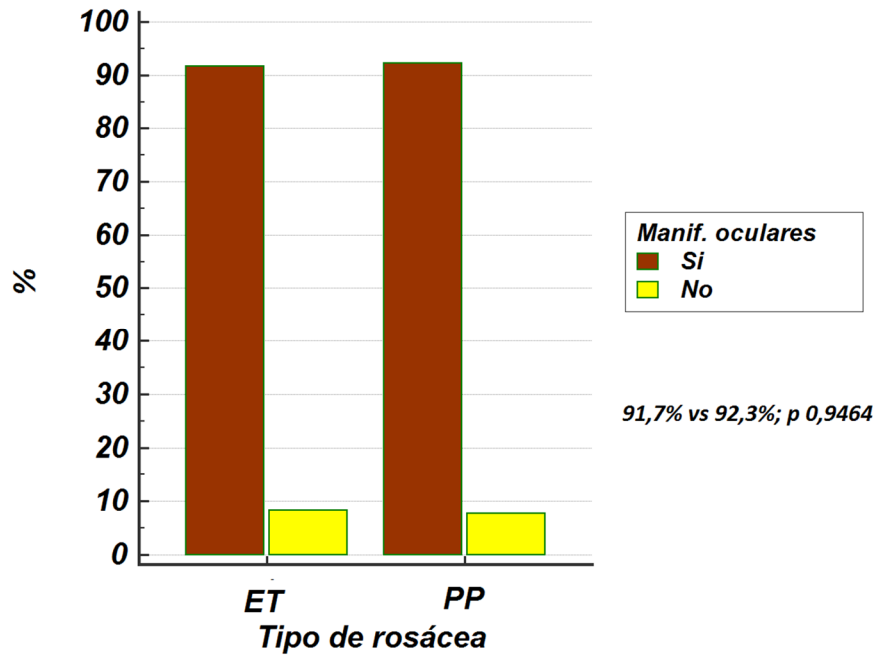


manifestaciones oculares según el tipo de rosácea (ET 91,7% vs PP 92,3%; p 0,9464) (**Grafico 5**).



**Gráfico 4.** Compromiso ocular según sexo de los pacientes

*F: femenino; M: masculino*



**Gráfico 5.** Compromiso ocular según tipo de rosácea

*ET: eritematotelangiectásica; PP: pápulo pustulosa.*

## 14. DISCUSIÓN

La rosácea es una enfermedad inflamatoria de la piel, que ha sido categorizada en 4 subtipos principales: eritemato-telangiectásica, pápulo-pustulosa, fimatosa y ocular(24). A pesar de que el compromiso ocular es conocido y puede llegar a ser letal, usualmente, es subdiagnosticado y no suele tomarse en cuenta en la consulta dermatológica(6).

En la literatura encontramos que el compromiso ocular se observa en más del 50% de los pacientes con rosácea(6). Este dato puede variar dependiendo de la especialidad que realice el estudio, ya que la incidencia se ha encontrado en un rango entre 6 – 72% en estudios dermatológicos y oftalmológicos, siendo más prevalentes en los últimos(5). Esto se debe a que en las consultas dermatológicas, ni el paciente ni el médico, toman en cuenta el compromiso ocular(19). Por ejemplo en el estudio dermatológico de Lazaridou y colaboradores, encontraron una incidencia de manifestaciones oculares en pacientes con rosácea de 33%(20). Al contrario, en el estudio de Bakar y colaboradores, se encontró una incidencia del 72%(27). En nuestro estudio se encontró que el 91.9% de 37 pacientes referían al menos un hallazgo que sugería compromiso oftalmológico. Esta estadística podría variar, ya que en este estudio solo se evaluó la presencia o no de manifestaciones sugestivas de compromiso ocular en pacientes con rosácea. Sería importante derivar a estos pacientes al oftalmólogo para así poder confirmar que existe relación con la rosácea. Similar a nuestro estudio, en la investigación de Alzamora y col. Donde se evaluó a 112 pacientes, el 92% presentó uno o más síntomas oculares(28).

Al evaluar la frecuencia de las manifestaciones oculares, en nuestro estudio, en primer lugar se encontró la fotosensibilidad (75.7%). Este también fue el hallazgo más común en el estudio de Mendoza y col., el cual fue realizado en pacientes residentes en la altura, en este, la fotosensibilidad se presentó en el 100% de los casos, seguido de sensación de cuerpo extraño en un 78.26% de los pacientes(29). A diferencia del estudio de Patiño – Ramirez y col. en el que se observó en mayor frecuencia la irritación ocular en un 65.4%, seguido de ojo rojo que se vio en un 63.6%(18). En el caso del estudio francés de Michel y col., las manifestaciones más prevalentes fueron conjuntivitis y queratitis(30).

Se sabe que el subtipo más frecuente de rosácea es la rosácea eritemato-telangiectásica(12), esto se confirma en nuestro estudio, ya que se lo encontró en el 64.9% de los pacientes en comparación con el 35.1% de los pacientes que presentaron el subtipo pápulo-pustuloso. Se evaluó cuál de los subtipos presentaba mayor asociación con manifestaciones oculares, pero no se encontró una diferencia significativa entre ellos. En el estudio de Lazaridou y col. tampoco se encontró una diferencia significativa al comparar la frecuencia de manifestaciones oculares en los diferentes subtipos de rosácea, pero si se encontró una prevalencia ligeramente mayor en pacientes con rosácea pápulo-pustulosa en comparación con la eritemato-telangiectásica(20).

Al contrario del compromiso cutáneo de la rosácea, que es más común en mujeres, se ha reportado que el compromiso ocular se observa en igual frecuencia en ambos sexos(19)(5). En este estudio se confirma esta teoría, ya que el compromiso ocular no se encontró asociado significativamente al sexo de los pacientes. Algunos autores piensan que esta mayor prevalencia de compromiso cutáneo en mujeres se debe a que ellas dan mayor importancia a las afectaciones estéticas que los hombres y por lo tanto acuden con mayor frecuencia para ser tratadas(31).

El compromiso ocular en pacientes con rosácea puede presentarse antes, durante o después de la aparición de los síntomas cutáneos. Incluso, se ha demostrado que un 20% de los pacientes presentan compromiso ocular antes del cutáneo(26). Sin embargo, otros estudios indican que el tiempo exacto de la aparición de las manifestaciones oculares aún no se ha podido determinar y que son las cutáneas las primeras en presentarse(20). En el estudio de Yañez el tiempo de diagnóstico de rosácea ocular fue de 0 a 7 años(32). En el presente estudio se encontró que los años de evolución de síntomas oculares fueron menores en comparación a los cutáneos. Esto puede ser debido a que los pacientes que acuden a una consulta dermatológica por rosácea no tienen presentes los síntomas oculares que pueden presentar, ni siquiera al preguntarles directamente por ellos pueden recordar con exactitud el tiempo de evolución.

Entre las limitaciones del estudio encontramos que la muestra fue pequeña, esto nos impidió tener resultados realmente significativos. Además en este estudio

únicamente buscamos la presencia de manifestaciones oculares que sugieran compromiso asociado a rosácea, otra limitante sería la falta de confirmación del diagnóstico por parte de un oftalmólogo.

## 15. CONCLUSIONES

De los resultados presentados en este estudio podemos concluir que:

- El compromiso ocular es muy prevalente en pacientes con rosácea.
- Los síntomas oculares son manifestaciones clínicas tardías de la enfermedad.
- Las manifestaciones oculares tienen un curso individual, no se ven influenciadas por el tipo de rosácea, ni por la edad y sexo de los pacientes.

## **16. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación presentada es válida, ya que la rosácea es una enfermedad muy común a nivel mundial y a pesar de la alta frecuencia del compromiso ocular de la misma, este suele ser subdiagnosticado y no se le da la relevancia que puede llegar a tener. Debido a la gran prevalencia de manifestaciones oculares que encontramos, creemos que una evaluación de un paciente con rosácea no debe estar terminada sin una correcta inspección ocular. Es importante que los dermatólogos aprendamos a reconocer las manifestaciones oculares, para así poder derivar al paciente al especialista en el momento indicado y lograr una mejoría de la enfermedad y la calidad de vida del paciente.

Se sugiere realizar nuevos estudios multidisciplinarios incluyendo una valoración oftalmológica para poder confirmar que el compromiso ocular se asocia a rosácea y relacionar los datos de incidencia entre oftalmólogos y dermatólogos.

## 17. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Van Zuuren EJ. Rosacea. *N Engl J Med* . 2017;377(18):1754–64.
2. Mikkelsen CS, Holmgren HR, Kjellman P, Heidenheim M, Kappinnen A, Bjerring P, et al. Rosacea: A clinical review. *Dermatology Reports*. 2016;8(1):8–12.
3. Heisig M, Reich A. Psychosocial aspects of rosacea with a focus on anxiety and depression. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2018;11:103–7.
4. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, Drake L, Liang MH, Odom R, et al. Standard grading system for rosacea: Report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. *J Am Acad Dermatol*. 2004;50(6):907–12.
5. Vieira AC, Mannis MJ. Ocular rosacea: Common and commonly missed. *J Am Acad Dermatol [Internet]*. 2013;69(6 SUPPL.1):S36–41.
6. Webster G, Schaller M. Ocular rosacea: A dermatologic perspective. *J Am Acad Dermatol* . 2013;69(6 SUPPL.1):S42–3.
7. Rainer BM, Kang S, Chien AL. Rosacea: Epidemiology, pathogenesis, and treatment. *Dermatoendocrinol*. 2017;1980(October):e1361574.
8. Ahn CS, Huang WW. Rosacea Pathogenesis. *Dermatol Clin*. 2018;36(2):81–6.
9. Pezo C, Soto R, Rosas Ch. C, Fuenzalida M, Lemus D. Rosácea: puesta al día. *Hosp Clínico Univ Chile*. 2013;24(2):150–7.
10. Weiss E, Katta R. Diet and rosacea: the role of dietary change in the management of rosacea. *Dermatol Pract Concept*. 2017;7(4):31–7.
11. Madrigal F, Rica C, España AG, España O, México GA, México IA, et al. Informe de Consenso Ibero-Latinoamericano y terapéutica de la rosácea E. 2016;44(1):6–10.
12. Troielli P., Otero FMG., Yuil JMR., Martínez OTV., Montoya JGP., Ibarra M., et al. Update and recommendations for the diagnosis and treatment of



- rosacea in Latin America [Actualización y recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la rosácea en Latinoamérica]. *Med Cutan Ibero Lat Am.* 2016;44:S7–26.
13. Turbeville JG, Alinia H, Tuchayi SM, Bahrami N, Cardwell LA, Awosika O, et al. Patient Costs Associated with Rosacea. *Dermatol Clin.* 2018;36(2):167–70.
  14. Gallo RL, Granstein RD, Kang S, Mannis M, Steinhoff M, Tan J, et al. Rosacea comorbidities and future research: The 2017 update by the National Rosacea Society Expert Committee. *J Am Acad Dermatol* [Internet]. 2018;78(1):148–55.
  15. Egeberg A, Dmsci MA, Gaist D, Gislason GH, Dmsci JPT. Prevalence and risk of migraine in patients with rosacea: A population-based cohort study. *J Am Dermatology.* :1–5.
  16. Egeberg A, Hansen PR, Gislason GH, Thyssen JP. Exploring the association between rosacea and Parkinson disease: A Danish nationwide cohort study. *JAMA Neurol.* 2016;73(5):529–34.
  17. Haber R, El Gemayel M. Comorbidities in rosacea: A systematic review and update. *J Am Acad Dermatol.* 2017.
  18. Patiño-Ramírez BE, Rodríguez-García A, Díaz JC, Ávalos YP. External ocular surface changes in ocular rosacea patients | Alteraciones de la superficie ocular en pacientes con rosácea ocular. *Rev Mex Oftalmol.* 2012;86(2):86–96.
  19. Cabreira Vieira AC, Hoefling-Lima AL, Mannis MJ. Ocular rosacea - a review. *Arq Bras Oftalmol.* 2012;75(5):363–9.
  20. Lazaridou E, Fotiadou C, Ziakas NG, Giannopoulou C, Apalla Z, Ioannides D. Clinical and laboratory study of ocular rosacea in northern Greece. *J Eur Acad Dermatology Venereol.* 2011;25(12):1428–31.
  21. Stone DU, Chodosh J. Ocular rosacea: An update on pathogenesis and therapy. *Curr Opin Ophthalmol.* 2004;15(6):499–502.

22. Barton K, Monroy DC, Nava A, Pflugfelder SC. Inflammatory cytokines in the tears of patients with ocular rosacea. *Ophthalmology*. 1997;104(11):1868–74.
23. Fernández Jacob C, Boto de los Bueis A, Sánchez-Carnerero Casas F. La rosácea ocular en la frontera de la dermatología y la oftalmología. *Más dermatología*. 2016;(24):14–8.
24. Gallo RL, Granstein RD, Kang S, Mannis M, Steinhoff M, Tan J, et al. Standard classification and pathophysiology of rosacea: The 2017 update by the National Rosacea Society Expert Committee. *J Am Acad Dermatol*. 2017;1–8.
25. Hong E, Fischer G. Childhood ocular rosacea: Considerations for diagnosis and treatment. *Australas J Dermatol*. 2009;50(4):272–5.
26. Ramírez VG, Hernández AT, Rojas RF, Inés J, Rueda V. Rosácea: enfoque dermatológico y oftalmológico. 2011;13(3):159–68.
27. Bakar Ö, Demircay Z, Toker E, Çakir S. Ocular signs, symptoms and tear function tests of papulopustular rosacea patients receiving azithromycin. *J Eur Acad Dermatology Venereol*. 2009;23(5):544–9.
28. Blanca Alzamora Barrios, Luis Lu-Basauri, Patricia Vargas-Chang GVO. Frecuencia , características epidemiológicas y clínicas de la rosácea ocular. 2014;24(1):3–6.
29. Silvia N, Salcedo M, Ramiro J, Espinoza V. Manifestaciones oculares de la rosácea en pacientes residentes en altura. *Situa*. 2001;XX:37–9.
30. Michel J-L, Cabibel F. Frequency, severity and treatment of ocular rosacea during cutaneous rosacea. *Ann Dermatol Venereol [Internet]*. 2003;130(1 Pt 1):20–4.
31. Smith B, Selfe J, Thacker D, ... PH-Pl, 2017 U. Incidence and Prevalence of Rosacea: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One [Internet]*. 2018;13(1):1–18.
32. Bety Yáñez VM. Rosácea ocular: clínica y alteraciones de la película

lagrimal. Folia dermatol Peru. 2006;17(1):17-20.

## 18. ANEXO

### Anexo 1

#### Hoja de recolección de datos del estudio:

Identificación: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Género: F \_\_\_ M \_\_\_

Tipo de rosácea: eritemato-telangiectásica \_\_\_ papulo-pustulosa \_\_\_

Edad de aparición de síntomas cutáneos: \_\_\_\_\_

#### Manifestaciones oculares:

Telangiectasias en borde palpebral: si \_\_\_ no \_\_\_

Inyección conjuntival interpalpebral: si \_\_\_ no \_\_\_

Sensación de quemazón: si \_\_\_ no \_\_\_

Sensación de escozor: si \_\_\_ no \_\_\_

Fotosensibilidad: si \_\_\_ no \_\_\_

Sensación de cuerpo extraño: si \_\_\_ no \_\_\_

Antecedentes de chalazion: si \_\_\_ no \_\_\_

Conjuntivitis: si \_\_\_ no \_\_\_

Acúmulos en base de las pestañas/costras melicéricas: si \_\_\_ no \_\_\_

Edad de aparición de síntomas oculares: \_\_\_\_\_



## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Amalia Gracia Salcedo Maldonado**, con C.C: # 0918111956 autor/a del trabajo de titulación: “**Manifestaciones Oculares En Pacientes Con Rosacea**” previo a la obtención del título de **Especialista En Dermatología**” en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 6 de Septiembre de 2018

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Amalia Gracia Salcedo Maldonado**

C.C: **0918111956**



## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Manifestaciones Oculares En Pacientes Con Rosacea		
<b>AUTOR(ES)</b>	Dra. Amalia Gracia Salcedo Maldonado		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Dra. Cristina Solórzano		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias Médicas. Sistema de Posgrado/Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
<b>CARRERA:</b>	Carrera de Medicina		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Especialista en Dermatología		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	6 de Septiembre de 2018	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	35
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	DERMATOLOGÍA		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Rosácea, ocular, manifestaciones		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b> <b>Antecedentes:</b> La rosácea es una enfermedad inflamatoria de la piel que se caracteriza por eritema centro facial. Ciertos pacientes pueden presentar manifestaciones a nivel ocular, las cuales, a pesar de poder llegar a ser severas, no suelen ser investigadas y son comúnmente subdiagnosticadas por los dermatólogos. Estas manifestaciones oculares son múltiples e inespecíficas, su presencia debería darnos la sospecha del compromiso ocular asociado a rosácea y estos pacientes deberían ser examinados por un oftalmólogo. Entre las manifestaciones encontramos fotosensibilidad, sensación de cuerpo extraño, escozor, disfunción de las glándulas de Meibomio, entre otras. <b>Materiales y Métodos:</b> Se realizó un estudio observacional, prospectivo, descriptivo y de corte transversal. Se estudió 37 pacientes con rosácea que acudieron al Centro Privado de Piel "Enrique Uruga Peña". <b>Resultados:</b> El 91,9% de los pacientes estudiados presentaban compromiso ocular. La fotosensibilidad fue la manifestación ocular asociada más común, 75,7%, seguida de inyección conjuntival 73%. No se encontró asociación entre manifestaciones oculares según el tipo de rosácea. Los síntomas oculares aparecen en pacientes de mayor edad que los síntomas cutáneos. <b>Conclusiones:</b> El compromiso ocular es muy prevalente en pacientes con rosácea. Los síntomas oculares pueden presentarse como manifestaciones clínicas tardías de la enfermedad. Las manifestaciones oculares tienen un curso individual, no se ven influenciadas por el tipo de rosácea, ni por la edad y sexo de los pacientes.			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0994000785	<b>E-mail:</b> amalia_s_m@hotmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre: Dr. Enrique Úruga</b>		
	<b>Teléfono:</b> 2397075		
	<b>E-mail:</b> druruga@hotmail.com		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			