

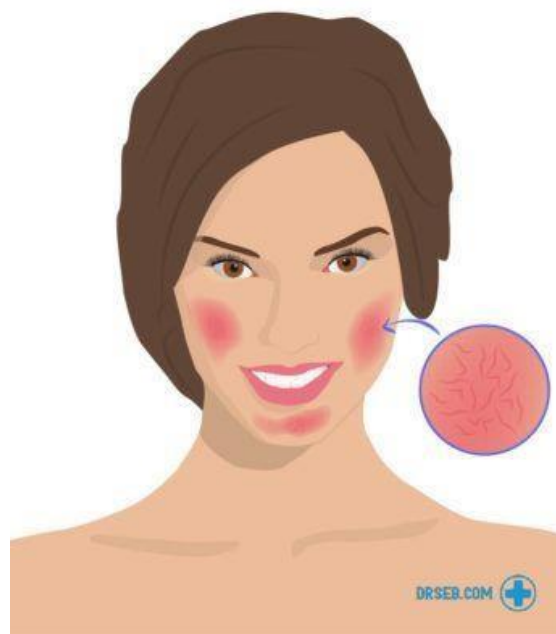
## Acne rosácea

### 1. Sobre a acne rosácea

A acne rosácea é uma doença inflamatória crônica, de acometimento ocular e cutâneo, recorrente com alta prevalência em todo o mundo.<sup>1</sup> Afetando aproximadamente 10% da população em geral, a rosácea é mais prevalente em mulheres, embora os homens afetados geralmente apresentem alterações cutâneas mais desfigurantes. Os pacientes geralmente apresentam idade entre 30 e 50 anos, porém manifestações podem ocorrer ao longo da vida.<sup>2</sup>

Quatro subtipos distintos de rosácea foram reconhecidos, com ruborfacial transitório e não transitório, telangiectasia e pápulas, e pústulas inflamatórias, entre as características mais comumente reconhecidas.<sup>3</sup>

Apesar da exata patogênese da rosácea ser desconhecida, a desregulação do sistema imunológico inato, crescimento excessivo de organismos cutâneos comensais, e sinalização neurovascular anômala podem ter papel na promoção das características clínicas da rosácea.<sup>1</sup> Os micróbios que fazem parte da flora normal da pele, e especificamente na unidade pilo-sebácea - incluindo os ácaros *Demodex* e *Staphylococcus epidermidis* - também podem desempenhar um papel como desencadeadores da rosácea.<sup>4</sup>



<https://drseb.com/rosacea/>

### 2. Diagnóstico

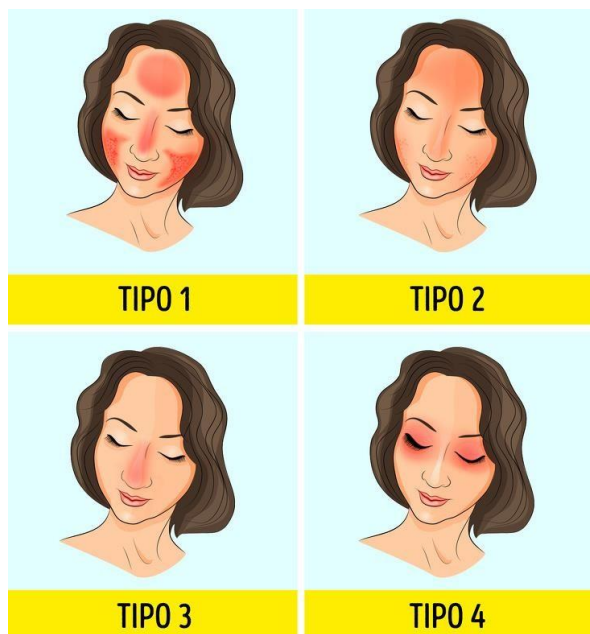
A acne rosácea pode ser diagnosticada pela presença de um ou mais dos sintomas primários. Sintomas secundários também podem estar presentes juntamente com os primários, podendo também aparecer de forma independente.<sup>5</sup> Não é necessário obter uma amostra de biópsia de pele para o diagnóstico de rosácea. Muitos dos achados histopatológicos nos diferentes subtipos de rosácea são inespecíficos e, portanto, a obtenção de uma amostra de biópsia deve ser reservada para casos em que o diagnóstico é incerto ou quando outros diagnósticos devem ser descartados.<sup>3</sup>

**Tabela 1 - Sintomas da Acne Rosácea**

Sintomas primários
<ul style="list-style-type: none"><li>• Eritema transitório (rubor)</li><li>• Eritema não transitório em certas áreas faciais</li><li>• Pápulas e pústulas</li><li>• Telangiectasia</li></ul>
Sintomas secundários
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ardor ou ardência</li><li>• Formação de placas</li><li>• Aparência seca</li><li>• Edema</li><li>• Alterações fimatosas</li><li>• Manifestações oculares (sensibilidade a luz, “olhos secos”, blefarite, hordéolo)</li><li>• Manifestações em localizações periféricas (couro cabeludo e orelhas).</li></ul>

### 3. Subtipos

A rosácea é tipicamente categorizada em 4 subtipos principais: eritêmato-telangiectásica, papulopustular, fimatosa e ocular. Cada subtipo se distingue pela presença de certas características primárias e secundárias.<sup>1</sup>



[https://incrivel.club/criatividade-saude/6-duvidas-frequentes-sobre-a-rosacea-e-dicas-para-alivia-la-827210/?utm\\_source=Incrivel\\_web&utm\\_medium=article&utm\\_campaign=share\\_image&utm\\_content=Facebook&image=11841010](https://incrivel.club/criatividade-saude/6-duvidas-frequentes-sobre-a-rosacea-e-dicas-para-alivia-la-827210/?utm_source=Incrivel_web&utm_medium=article&utm_campaign=share_image&utm_content=Facebook&image=11841010)

#### Subtipo 1 - Eritêmato-telangiectásica

- Episódios não transitórios de rubor e eritema facial central persistente.<sup>1</sup>
- Áreas periféricas da face também podem apresentar rubor. (A pele periocular geralmente é poupada).<sup>1</sup>
- Telangiectasias também são comuns.<sup>1</sup>

#### Subtipo 2 - Papulopustular

- Em adição aos sintomas apresentados no subtipo 1, papúlas ou pústulas transitórias com uma distribuição facial central. Em vários casos, esses episódios de inflamação podem levar a um edema facial crônico.<sup>3</sup>

#### Subtipo 3 - Fimatosa

- Caracterizada por pele espessa e aumentada com nodularidades superficiais irregulares.<sup>1</sup>
- Essas alterações são mais comumente encontradas no nariz (rinofima), mas essas alterações podem ocorrer em qualquer região facial sebácea.<sup>3</sup>
- Esse subtipo é mais comum em homens.<sup>1</sup>

#### Subtipo 4 - Ocular

- Caracterizada por uma aparência lacrimosa e injetada nos olhos, sensação de corpo estranho, queimação e ardência.<sup>1</sup>
- Blefarite, conjuntivite, secura, coceira, sensibilidade à luz, visão turva e telangiectasia da conjuntiva ou pálpebras também podem ocorrer.<sup>1</sup>
- Calázio e hordeólo são mais comuns em rosácea ocular do que em outras formas.<sup>1</sup>
- Pode ocorrer com ou sem o diagnóstico de rosácea cutânea.<sup>1</sup>

## 4. Fatores desencadeadores

Até o momento, nenhum fator de risco específico foi associado à rosácea.<sup>3</sup> Porém os fatores que podem desencadear as reações são bem conhecidos.<sup>1</sup> Alguns desses fatores que são comumente associados a crises nos pacientes estão representados na tabela abaixo:

**Tabela 2 -  
Desencadeadores comuns nos surtos de Rosácea**<sup>6</sup>

Fatores	Pacientes afetados (%)
Exposição solar	81
Estresse emocional	79
Clima quente	75
Exercícios pesados	56
Consumo de álcool	52

## 5. Tratamento

A rosácea ainda não possui cura conhecida, porém medidas podem ser tomadas para o controle das sintomas dessa doença e fatores desencadeadores podem ser evitados, fazendo assim com que os pacientes tenham a convivência com essa doença crônica facilitada. O plano de tratamento irá ser adaptado para cada subtipo de rosácea e levando em consideração os sintomas apresentados pelo paciente.<sup>4</sup> Uma variedade de opções de tratamento tópico e sistêmico está disponível para esses pacientes; no entanto, a educação do paciente e os cuidados com a pele de rotina também são aspectos importantes no tratamento da rosácea.<sup>7</sup>

Algumas medidas de tratamentos são:

### Educação do paciente<sup>7</sup>

- Abordar pessoalmente os aspectos mais incômodos do processo da doença de cada indivíduo e discutir objetivos realistas da terapia pode melhorar a comunicação médico-paciente e a qualidade de vida dos pacientes.
- Se fatores desencadeadores ou exacerbadores puderem ser identificados, evitar esses fatores, se possível, pode ser benéfico no controle dos sintomas do paciente.
- A reconciliação medicamentosa também desempenha um papel importante no tratamento da rosácea, pois medicamentos comuns, como a niacina ou a aplicação de esteróides tópicos no rosto, podem agravar o rubor.

### Cuidados com a pele

- Foi demonstrado que a pele da rosácea apresenta aumento da perda transepidermica de água, indicativa de funções defeituosas da barreira e, portanto, os hidratantes são importantes para ajudar a restaurar essa barreira e facilitar a remissão das exacerbações da rosácea.<sup>7</sup>
- Evitar o sol e a fotoproteção são uma parte importante do tratamento.<sup>4</sup>
- Como a pele apresenta uma sensibilidade elevada, encontrar o regime de cuidados com a pele mais conveniente e tolerável para esses pacientes é crucial para melhorar os sintomas e prevenir a recaída.<sup>7</sup>

## Tratamento medicamentoso <sup>4</sup>

- O tratamento para rubor e eritema pode envolver medicamentos orais com propriedades de vasoconstrição, incluindo antagonistas adrenérgicos, mirtazapina (antagonista alfa-2), propranolol (bloqueador beta) ou carvedilol (bloqueador alfa e beta).
- A brimonidina é um antagonista alfa tópico que pode reduzir o eritema por até 12 horas por via cutânea direta vasoconstrição. Os agonistas alfa tópicos são preferidos porque têm como alvo a pele e apresentam menor risco de efeitos adversos sistêmicos.

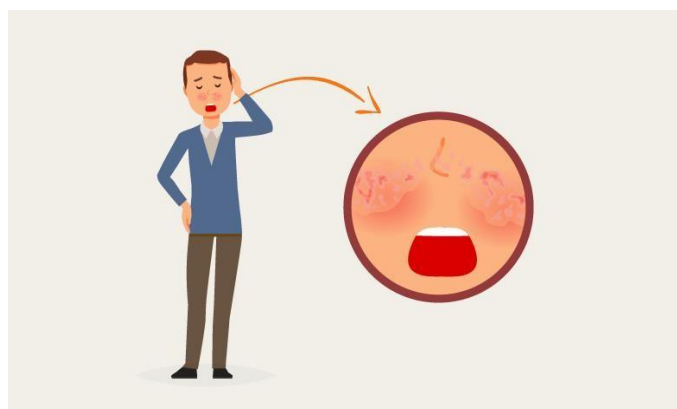
**Tabela 3 – Tratamentos específicos para cada subtipo de rosácea <sup>4</sup>**

### Subtipo 1 - Eritêmato-telangiectásica

- Os tratamentos tópicos para esta forma de rosácea incluem metronidazol, ácido azelaico e brimonidina. Eles podem ser usados sozinhos ou em combinação.
- Metronidazol funciona como um medicamento anti-inflamatório. É geralmente bem tolerado com efeitos adversos locais menores, como irritação na pele.
- O ácido azelaico tópico é uma preparação que possui anti-inflamatório, anti-queratinizante e efeitos antibacterianos, isenta de prescrição médica. Os efeitos adversos podem incluir irritação da pele, mas o ácido azelaico é geralmente bem tolerado e pode ser usado por longos períodos de tempo.

### Subtipo 2 - Papulopustular

- A combinação de tratamentos tópicos com antibióticos orais pode ser necessário para a rosácea papulopustular. Tratamentos tópicos incluem metronidazol, ácido azelaico, ivermectina e dapsona.
- A ivermectina é útil para tratamento leve a moderado de rosácea. Tem um efeito anti-inflamatório assim como um efeito sobre os ácaros Demodex, que podem ativar a resposta imune local que produz as pústulas.
- A dapsona tópica é um antibacteriano da classe das sulfonas com ações anti-inflamatórias.
- Os antibióticos orais usados na rosácea papulopustular incluem minociclina, doxiciclina, eritromicina, claritromicina e clindamicina. O objetivo da terapia oral é melhorar a rosácea para um ponto em que o controle possa ser alcançado por terapias tópicas.
- A isotretinoína oral é geralmente reservada para pacientes que são intolerantes a terapias orais ou sistêmicas. Seu efeito é considerado secundário à regulação negativa da imunidade cutânea local.



### Subtipo 3 - Fimatosa

- A isotretinoína oral também é usada na rosácea como na rosácea papulopustular.
- O tecido hipertrofiado em pacientes com rosácea fimatosa pode ser remodelado (tecido excessivo é retirado) com lasers ablativos, incluindo dióxido de carbono ou dispositivos de eletrocirurgia. O tratamento visa eliminar o excesso de tecido e, em seguida, esculpir a área desfigurada.

### Subtipo 4 - Ocular

- Cuidados com as pálpebras e lágrimas artificiais são usados no tratamento de rosácea ocular, assim como as tetraciclinas orais. Uso de ciclosporina em gotas é reservado para casos moderados a graves e são prescritos por um oftalmologista.

## 6. Considerações finais

A rosácea pode ser uma condição difícil de ser controlada, sendo assim muito importante um diagnóstico eficaz do subtipo que acomete o paciente. É também importante o conhecimento dos fatores desencadeadores de crises para os pacientes, tornando o manejo dos sintomas mais eficaz em cada caso. É interessante fazer a transição do tratamento oral para o tópico assim que possível, evitando efeitos sistêmicos e reações adversas no paciente.

## Referências

1. Holmes AD, Steinhoff M. Integrative concepts of rosacea pathophysiology, clinical presentation and new therapeutics. *Exp Dermatol* 2017;26:659-67.
2. Fallen RS, Gooderham M. Rosacea: update on management and emerging therapies. *Skin Therapy Lett* 2012;17:1-4.
3. Two AM, Wu W, Gallo RL, Hata TR. Rosacea: part I. Introduction, categorization, histology, pathogenesis, and risk factors. *J Am Acad Dermatol* 2015;72:749-58.
4. Rivero, Alexis Lara, and Margot Whitfeld. "An update on the treatment of rosacea." *Australian prescriber* vol. 41,1 (2018): 20-24. doi:10.18773/austprescr.2018.004.
5. Steinhoff M, Schmelz M, Schaubert J. Facial erythema of rosacea - aetiology, different pathophysiological and treatment options. *Acta Derm Venereol* 2016;96:579-86.
6. Odom, Richard & Dahl, Mark & Dover, Jeffrey & Draelos, Zoe & Drake, Lynn & Macsai, Marian & Powell, Frank & Thiboutot, Diane & Webster, Guy & Wilkin, Jonathan. (2009). *Standard Management Options for Rosacea, Part 1: Overview and Broad Spectrum of Care. Cutis; cutaneous medicine for the practitioner.* 84. 43-7.
7. Two AM, Wu W, Gallo RL, Hata TR. Rosacea: part II. Topical and systemic therapies in the treatment of rosacea. *J Am Acad Dermatol* 2015;72:761-70.

## Equipe

Clara Beatriz Abreu Lira – Estagiária  
CIM/UFC

Farm. Msc. Ana Cláudia de Brito  
Passos

Profa. Dra. Mirian Parente Monteiro<sub>5</sub>