

A rosacea e seu manejo

Rosacea and its management

Nelson Guimarães Proença¹

O que é Rosacea?

Livros de texto tem encontrado alguma dificuldade para responder a essa pergunta, nem sempre fornecendo um conceito mais preciso. Por exemplo, transcrevemos a seguir o texto que consta da última edição de Rook's, em Capítulo escrito por J Berth-Jones, da Universidade de Coventry, Inglaterra⁽¹⁾:

“Rosacea é uma doença para a qual falta uma definição inteiramente satisfatória. É uma alteração crônica que afeta as convexidades faciais, e que é caracterizada por vermelhidão frequente, eritema persistente e telangiectasias, interpostos com episódios de inflamação, durante os quais pápulas e pústulas se tornam evidentes. Entretanto, nem todos estes aspectos estão sempre presentes”.

Considero também interessante recordar o conceito emitido pelo “National Rosacea Expert Committee on The Classification and Staging of Rosacea”⁽²⁾:

“Os critérios diagnósticos incluem a presença, no centro da face, de um ou mais dos seguintes sinais: flushing, eritema não transitório, pápulas e pústulas, telangiectasias. Há variações individuais, tornando a rosacea uma entidade altamente heterogênea”.

Meu conceito é o que se segue.

Rosacea é uma alteração da rede capilar da face, a princípio somente vasomotora (flushing), e depois também proliferativa (telangiectásica), a qual se acrescenta uma foliculite, esta decorrente da formação de colônias de um comensal habitual do folículo pilosebáceo da face, o Demodex folliculorum (foliculite demodésica)..

As alterações vasculares surgem, mais frequentemente, a partir dos trinta anos, sendo portanto uma doença da meia idade. O fenômeno inicial são as crises de vermelhidão súbita da face (flushing), que ocorrem sob variados estímulos: bebidas (particularmente o vinho), alimentos (sobretudo com condimentos picantes), emoções, etc, as quais duram pouco e desaparecem totalmente. Trata-se de um evento puramente funcional, sem substrato anatômico, resumindo-se a um aumento do fluxo sanguíneo no setor arterial que precede a alça capilar, sem provocar edema (não é urticariforme).

Não obstante, a medida que o tempo passa e os episódios constantemente se repetem, começa a ser percebido o aumento da rede vascular. Agora o fenômeno já é anatômico, pois há angiogênese endotelial, ampliando a rede capilar localizada nas papilas dérmicas e na derme superficial, o que clinicamente se expressa pelas telangiectasias.

Com o correr dos anos vão surgindo pequenas pápulo-pústulas, nitidamente foliculares, mas que diferem das lesões acneicas. A diferença é que não há formação de comedões, como também não há resolução espontânea. Se não forem manipuladas, persistem por tempo indeterminado.

Uma vez constatada a presença da foliculite, com um procedimento muito simples podemos examinar o material, aí existente, ao microscópio. Com um “extrator-de-cravos” procedemos à retirada do conteúdo do folículo, e o transferimos para uma lâmina. Ajustamos uma segunda lâmina, deixando as duas firmemente aderidas com a ajuda do adesivo “micro-pore” e fazemos o exame “a fresco”, o que permite demonstrar facilmente a presença de aglomerados de *Demodex folliculorum*.

O mais comum, em Clínica Dermatológica, é que os pacientes consultem quando já estão nesta fase, de foliculite associada à Rosacea. A propósito, eu a chamo de *Foliculite demodésica* e, não de *Foliculite demodesciforme*, porque ela não tem “a forma de” *Demodex*, ela “é” provocada por *Demodex*.

O tratamento deve ser iniciado com o objetivo de eliminar este comensal da pele, que vive às custas da secreção sebácea produzida nas glândulas cor-

1. Professor Emérito da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Departamento de Clínica Médica. Ex-Chefe da Clínica de Dermatologia do Hospital Central da Santa Casa de São Paulo

Endereço para correspondência: Nelson Guimarães Proença. Rua Professor Artur Ramos, 241 – 10º andar – conjunto 104 – 01454-011 – São Paulo – SP – Brasil

respondentes, da face. Sua eliminação é importante pois, embora ao longo da vida tenha sido inofensivo, o *flushing* aumentado o alimenta, criando condições para a formação de abundantes colônias. E é isto o que acontece, na Rosacea. Antes o *Demodex* era inocente, mas agora já se transformou em agente causador de inflamação, no aparelho pilossebáceo.

Repetindo, é por aí que devemos iniciar o tratamento, que então comporta medidas sistêmicas e locais. A seguir apresento as medidas que habitualmente utilizo e que, em meus pacientes, trouxeram os melhores resultados.

- 1) Por via sistêmica, recomendo o emprego de antibióticos do grupo das “ciclina”. São estes os antibióticos preferencialmente utilizados por terem na glândula sebácea uma via preferencial de eliminação. Basta apenas uma cápsula ao dia, tomada após o café da manhã: tetraciclina (500 mg), minociclina (100 mg) e doxiciclina (100 mg). O tratamento se estende por trinta dias e, eventualmente, por mais trinta dias.
- 2) Complexo vitamínico B (concentrado), uma drágea tomada após o almoço (ou jantar). O Complexo B contribui para preservar a flora intestinal, evitando os efeitos colaterais dos antibióticos.
- 3) Solução de Burow, para uso sob forma de compressas. A solução é fortemente adstringente, concentrada, precisando ser diluída a 1:40. Na prática seria uma colher das de chá da solução (5 ml) em um copo de água (200 ml). Utiliza-se algodão embebido nesta solução, para ser aplicado sob forma de compressas, em toda a face. As compressas devem ser deixadas por quinze minutos, depois simplesmente enxugar, sem lavar. O *Demodex* não resiste à desidratação, fica inviabilizado após alguns minutos. Considero que o melhor horário, para fazer as compressas, é após o almoço. Esta é a hora mais quente do dia e o calor torna a oleosidade da pele mais fluida. A Solução de Burow age então melhor e atinge a colônia de ácaros em maior profundidade, no infundíbulo.
- 4) Para o período noturno podemos recomendar um preparado contendo o metronidazol a 2% em Loção Lanette. É um acaricida de ação apenas moderada, mas é bem aceito pela paciente, que o usa com regularidade.
- 5) Não é demasiado pedir à paciente que lave a face de manhã e à noite com um sabonete de tiabendazol (ou equivalente), um fraco acaricida mas que também contribui para melhor resultado.
- 6) O controle da foliculite demodésica está praticamente assegurado com esse tratamento. Mas é preciso manter o resultado e, para tanto, recorre-se a acaricidas mais potentes, como a permetrina

e o monossulfiram. Eles são utilizados na face (cuidado com boca e olhos), uma vez por semana, três semanas; depois uma vez por quinzena, três quinzenas; e ainda uma vez por mês, três meses. A face deve ser lavada quatro a seis horas, após a aplicação, para remover.

Uma vez controlada a foliculite demodésica temos de decidir sobre o que fazer para reduzir o quadro telangiectásico. Hoje temos não apenas uma, mas duas opções.

- 1) Indicação da Luz Pulsada, que tem sido altamente efetiva, eliminando as telangiectasias, sem deixar sequelas.
- 2) Tratamento oral, com beta-bloqueadores. Temos utilizado o propranolol (40 mg ao dia), também o atenolol (25 mg duas vezes ao dia). Embora ambos tragam resultados favoráveis, em minha experiência o propranolol leva alguma vantagem sobre o atenolol. A utilização destes medicamentos é segura, devendo ser observados os cuidados habitualmente recomendados. Por vezes é recomendável começar com a metade da dose, nos primeiros quinze dias, passando depois à dose “cheia”.

Mais recentemente começaram a ser ensaiados medicamentos contendo alfa-agonistas, em preparações para uso tópico. Os primeiros resultados foram interessantes, talvez este venha a ser mais um recurso, incorporado ao tratamento da Rosacea.

Ao terminar este depoimento, sobre “Como Eu Trato” a Rosacea, quero registrar que este é um dos tratamentos que mais traz satisfação, ao dermatologista e a seus pacientes.

Apresentamos a seguir fotos ilustrativas.



Foto 1 - Telangiectasias associadas à Rosacea.



Foto 2 - Foliculites associadas à Rosacea.



Foto 3 - Colonização de *Demodex folliculorum*.



Foto 4 - Rosacea antes do tratamento.



Foto 5 - Rosacea após o tratamento.

Referências

1. Poweel FC. Rosacea. In: Griffiths C, Barker J, Bleiker T, Chalmers R, Creamer D. Rook's textbook of dermatology. 9th ed. New Jersey: Wiley Blackwell; 2016. v.3, p.91.1-91.19.
2. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, Drake L, Feinstein A, Odom R, 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(4):584-7.

Trabalho recebido: 13/07/2017

Trabalho aprovado: 30/07/2017