



IMÁGENES

Nódulos eritematosos palpebrales bilaterales

Bilateral palpebral erythematous nodules

Jorge Juan Vega-Castillo* y Ricardo Ruiz-Villaverde

Servicio de Dermatología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España



Varón de 48 años, sin antecedentes personales de interés, que acudió a consulta de dermatología por nódulos en ambos párpados de más de un año de evolución. Realizaba seguimiento por su médico de familia, quien lo derivó por la falta de control del proceso y la aparición de lesiones en la frente en algún momento de su evolución. Refería ocasional sensación de cuerpo extraño ocular. Negaba empeoramiento en relación con desencadenante alguno, afectación de la visión y liberación de material por parte de las lesiones.

En la exploración física se objetivó un eritema difuso en ambos párpados superiores, con áreas nodulares induradas, adheridas, no móviles (fig. 1 A.). El borde libre palpebral bilateral evidenció telangiectasias. El examen de las pestañas no mostró aumento de seborrea, hiperqueratosis ni parásitos. En ambas mejillas se apreciaban pápulas y nódulos eritematosos discretamente infiltrados.

A la luz de los hallazgos se pautaron medidas de higiene palpebral diarias y tratamiento con isotretinoína 10 mg/día 12 meses, sin alteraciones analíticas en su seguimiento, con importante mejoría clínica (fig. 1 B).

La rosácea ocular constituye uno de los 4 subtipos de rosácea según la clasificación propuesta por la National Rosacea Society Expert Committee en el año 2002. Dada la coexistencia de lesiones de varios subtipos en un mismo paciente, y la progresión entre subtipos, se propuso en 2017 una nueva clasificación por fenotipos, divididos en 3 categorías (patog-

nomónicos, mayores y secundarios) según su peso para el diagnóstico, cuya presencia determinaría el diagnóstico o no de la enfermedad^{1,2}.

La rosácea ocular podría llegar a afectar hasta a 3 de cada 4 pacientes con rosácea. Puede aparecer acompañando a lesiones faciales o de forma aislada. Presentaciones típicas de la rosácea ocular incluyen las telangiectasias del margen palpebral y la inyección conjuntival, que puede llegar a complicarse provocando queratitis y escleritis. Como síntomas habituales destacan el escozor, la sensación de cuerpo extraño y la fotosensibilidad. La blefaritis o los chalazias constituyen hallazgos menos específicos. Otras manifestaciones inespecíficas que podemos observar son: la presencia de un collarite melicérico en la base de las pestañas, irregularidad del borde palpebral o alteraciones en la calidad de la lágrima^{1,2}.

La patogénesis de la rosácea se conoce solo con vaga precisión, asociándose con factores genéticos, inmunitarios, neurovasculares y microbiológicos, habiéndose relacionado con *Demodex folliculorum*¹⁻⁵. En cuanto a las lesiones puramente oculares existe una disfunción de las glándulas de Meibomio y Zeis (glándulas sebáceas palpebrales): la inflamación local provocaría obstrucción de los ductos de salida glandulares ocasionando la blefaritis y, al liberarse el sebo a los tejidos circundantes, este induciría una reacción granulomatosa desarrollándose así los chalazias. Asimismo, la alteración del sebo afectaría a la calidad de la lágrima, explicando esto la sequedad ocular y la predisposición al desarrollo de complicaciones como conjuntivitis, queratitis y escleritis^{1,2}.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorvegcas@gmail.com (J.J. Vega-Castillo).



Figura 1 A. Eritema difuso en ambos párpados superiores, con áreas nodulares induradas, adheridas, no móviles y afectación malar. B. Resultado a los 12 meses de tratamiento con isotretinoína.

En el diagnóstico diferencial deben incluirse aquellas causas de blefaritis diferentes de la rosácea, y ante todo paciente con chalazia de repetición habrá que descartar la presencia de un carcinoma sebáceo³.

En relación con la terapéutica la mayoría de opciones carecen de un grado alto de evidencia. En general, se recomiendan medidas de higiene palpebral 2 veces al día con compresas tibias y el empleo de lágrimas artificiales a demanda^{1,2,4,6}. Se ha publicado el uso con éxito de ciclosporina solución ocular al 0,05%. En aquellos casos con mayor grado de afectación la doxiciclina 100 mg día ha demostrado mejoría clínica en diferentes estudios observacionales, así como pautas de isotretinoína a dosis bajas (< 20 mg/día) por periodos de tiempo prolongados^{1,6}. Esto hace que la monitorización clínica y analítica de estos pacientes requiera una colaboración estrecha entre medicina de familia y dermatología.

Bibliografía

1. Gallo R, Granstein R, Kang S, Mannis M, Steinhof 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;78:148–55.
2. Van Zureen EJ. Rosacea. *N Engl J Med.* 2017;377:1754–64.
3. Jordan GA, Beier K. Chalazion. *Stat Pearls.* 2020, <https://www.statpearls.com/as/eyes/19276/Updated March 13>.
4. Iglesias-Martín J, Tenorio-Abreu A, Rodríguez-Molins E, Jiménez-Alcántara M. Blefaritis crónica grave. Evolución tórpida de varios años. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2019;37:410–2.
5. Schear M, Milman T, Steiner T, Shih C, Udell I, Steiner A. The association of Demodex with chalazia: A histopathologic study of the eyelid. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2016;32:275–8.
6. Duncan K, Jeng BH. Medical management of blepharitis. *Curr Opin Ophthalmol.* 2015;26:289–94.