

4. McMurray JJV, Adamopoulos S, Anker SD, Auricchio A, Böhm M, Dickstein K, et al. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. *Eur Heart J*. 2012;33:1787–847.

5. Miró O, Jacob J, Martín-Sánchez FJ, Herrero P, Pavón J, Pérez-Durá MJ, et al. Implicaciones pronósticas de la posibilidad de determinar con carácter urgente el péptido natriurético tipo B en el servicio de urgencias en pacientes con insuficiencia cardiaca aguda: estudio PICASU-2. *Emergencias*. 2011;23:437–46.

6. Verdú JM, Comín-Colet J, Domingo M, Lupón J, Gómez M, Molina L, et al. Rapid point-of-care NT-proBNP optimal cut-off point for heart failure diagnosis in primary care. *Rev Esp Cardiol*. 2012;65:613–9.

José M. Lobos Bejarano<sup>a,\*</sup>, Santiago Díaz Sánchez<sup>b</sup> y Amparo Mena González<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Jazmín, Madrid, España*

<sup>b</sup> *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Pintores, Madrid, España*

<sup>c</sup> *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Atención Primaria Maragall, Barcelona, España*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jmlobos@gmail.com](mailto:jmlobos@gmail.com)

(J.M. Lobos Bejarano).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.11.012>

## ¿Tiene tratamiento la ereutofobia?

### Is there a treatment for ereuthophobia?

El rubor facial patológico, o ereutofobia, consiste en el sonrojo severo desencadenado por un estímulo social o emocional, debido a una actividad anómala del sistema nervioso simpático. Es uno de los síntomas cardinales de la fobia social; sin embargo, en ocasiones, el propio rubor desencadena la fobia y supone un lastre profesional, psicológico y social para muchas personas<sup>1</sup>.

Las terapias disponibles son de tipo farmacológico, técnicas psicoterapéuticas y, especialmente, tratamiento quirúrgico<sup>2</sup>.

### Tratamientos no quirúrgicos (tabla 1)

#### Tratamientos farmacológicos

Los tratamientos farmacológicos incluyen betabloqueantes (BB), ansiolíticos y antidepresivos (inhibidores de la recaptación de serotonina [ISRS] y otros tipos).

Tabla 1 Tratamientos no quirúrgicos del rubor facial

Estudio	Tipo	Objetivo	Número	Tratamiento	Resultado
Yuraitis et al., 2004. Estados Unidos	Caso clínico	Rubor facial persistente	1	Toxina botulínica A	Resultado satisfactorio
Connor et al., 2006. Estados Unidos	ECA	Fobia social	346 sertralina 273 placebo	Sertralina vs. placebo	Mejoría rubor: p < 0,003
Licht, 2008. Dinamarca	Opinión de experto	Capítulo de revisión	–	Farmacológico anticolinérgico y beta-bloqueante. Tópico.	Mala relación eficacia/efectos secundarios
Welsh, 1978. Estados Unidos	Caso clínico	Rubor facial	1	Hipnosis	Resultado satisfactorio
Mulken et al., 2001. Holanda	ECA	Rubor facial	31	ED vs. ECT	Mejora significativa del miedo al rubor (no del rubor) para ambos
Bögels, 2006. Holanda	ECA	Fobia social	65	(ECT vs. RA) + TC	Mejor resultado ECT + TC para síntomas físicos, sobre todo a largo plazo
Chaker et al., 2010. Alemania	Serie de casos	Rubor facial	31	ECT + Tc (intensivo)	65%, mejoría persistente
Lobjoie et al., 2012. Francia	Serie de casos	Rubor facial	55	TCc	57,6%, remisión

ECA: ensayo clínico aleatorizado; ECT: entrenamiento en concentración de tarea; ED: exposición directa; TC: terapia cognitiva; TCc: terapia conductual; TCc: terapia cognitiva-conductual; RA: relajación aplicada.

**Tabla 2** Resultados publicados sobre tratamiento quirúrgico del rubor facial

Estudio	Tipo	Indicación	N	Técnica endoscópica	Satisfacción	HC
Drott et al., 1998 <sup>a</sup> . Suecia	Serie de casos	Rubor facial	219	Simpatectomía	85%	75%
Telaranta et al., 1998. Finlandia	Serie de casos	Rubor facial	51	Simpatectomía	88%	NR
Drott et al., 2002. Suecia	Serie de casos	Rubor facial	831	Simpatectomía	85%	83%
Rajesh et al., 2002. Reino Unido	Serie de casos	Rubor-HH	3/26 <sup>b</sup>	Simpatectomía	65% <sup>b</sup>	77% <sup>b</sup>
Lardinois et al., 2002. Suiza	Serie de casos	Rubor-HH	18/37 <sup>b</sup>	Simpatectomía	94,5%	67%
Neumayer et al., 2003. Austria	Serie de casos	Rubor-HH	18/94 <sup>b</sup>	Pinzamiento	93,6%	12,5%
Callejas et al., 2003. España	Serie de casos	Rubor facial	94	Simpatectomía	90,4%	73,5%
Callejas et al., 2004. España	Serie de casos	Rubor facial	100	Simpatectomía <sup>c</sup>	NR	NR
Adair et al., 2005. Reino Unido	Serie de casos	Rubor facial-HH	59/80 <sup>b</sup>	Simpatectomía	63%	91%
Sætre et al., 2006. Noruega	Serie de casos	Rubor facial-HH	44/72 <sup>b</sup>	Simpatectomía	90%	86%
Licht et al., 2006. Dinamarca	Serie de casos	Rubor facial	173	Simpatectomía	75%	88%
Chou et al., 2006. Taiwan	Serie de casos	Rubor facial-HH	14/114 <sup>b</sup>	Pinzamiento <sup>c</sup>	NR	NR
Sciuchetti et al., 2006. Italia	Serie de casos	Rubor facial	52	Pinzamiento	98,07%	7,69%
Fibla et al., 2008. España	Serie de casos	Rubor facial-HhF	24/41 <sup>b</sup>	Simpatectomía	83,3%	39% <sup>b</sup>
Jeganathan et al., 2008. Irlanda	Serie de casos	Rubor facial-HH	25/163 <sup>b</sup>	Simpatectomía	84%	77% <sup>b</sup>
Fibla et al., 2009. España	Serie de casos	Rubor facial-HH	15/61 <sup>b</sup>	Pinzamiento	95% <sup>b</sup>	62,2% <sup>b</sup>
Coveliers et al., 2011. Holanda	Serie de casos	Rubor facial-HH	12/73 <sup>b</sup>	Simpatectomía	42%	79%
García Franco et al., 2011. España	Cohortes	Rubor facial-HH	18/58 <sup>b</sup>	10/31 <sup>b</sup> RF-8/ 27 <sup>b</sup> ST	15% RF-72,5% ST (p < 0,01)	0% RFNR <sup>d</sup> ST
Jadresic et al., 2011. Chile	Cohortes	Rubor facial	220	105 ST vs. 101 sertralina y 14 no Tto.	86% ST vs. 54% sertralina (p = 0,003)	99%
Smidfelt et al., 2011. Suecia	Serie de casos	Rubor facial-HH	1.700 <sup>b</sup>	Simpatectomía	72,8%	80% <sup>b</sup>
Callejas et al., 2012. España	Serie de casos	Rubor facial	204	Simpatectomía	90%	75%
Licht et al., 2012. Dinamarca	ECA <sup>e</sup>	Rubor facial	100	T2 ST vs. T2-3 ST	85% (sin diferencias)	93%

ECA: ensayo clínico aleatorizado; HC: hipersudoración compensadora; HH: hiperhidrosis; HhF: hiperhidrosis facial; N: número de pacientes; NR: no referido; RF: radiofrecuencia; ST: simpatectomía torácica; Tto.: tratamiento.

<sup>a</sup> Este mismo año el grupo de Bôras (Suecia) publica en otra revista un artículo cuyo primer autor es Rex LO y Drott C aparece como segundo autor. Recoge exactamente el mismo grupo de pacientes, revisa los resultados del global de la serie (incluye hiperhidrosis) y consecuentemente obtiene los mismos resultados en cuanto al tratamiento del rubor facial. Se ha optado por reflejar la publicación de Drott et al., centrada exclusivamente en el abordaje del rubor facial.

<sup>b</sup> Global de la serie.

<sup>c</sup> Estudio sobre variación de técnica quirúrgica empleada, sin ofrecer resultados de satisfacción ni efectos secundarios.

<sup>d</sup> Recoge resultados de evaluación de los niveles de hipersudoración compensadora, pero no porcentaje de afectados. La RF obtuvo 0% de HC.

<sup>e</sup> Se aleatoriza el nivel de simpatectomía (T2 vs. T2-3), pero no entre distintos tratamientos.

Los anticolinérgicos sistémicos no están indicados en el rubor facial y la eficacia de los BB para tratar el rubor emocional es anecdótica y no se ha estudiado con rigor, igualmente con efectos secundarios significativos a considerar<sup>2</sup>.

Los ISRS y otros antidepresivos están documentados en el tratamiento de la fobia social. Un único estudio de cohortes prospectivo compara el tratamiento con sertralina, cirugía y la no intervención terapéutica, hallando un resultado significativamente favorable para la cirugía frente a la abstención terapéutica<sup>3</sup>.

El tratamiento con toxina botulínica es anecdótico (indicación no aprobada), de efecto limitado y económicamente caro.

### Técnicas psicoterapéuticas

Existen algunas publicaciones sobre terapias de exposición, cognitivas y conductuales aplicadas a la fobia social; un metaanálisis de series de casos concluye que dichos tratamientos resultan efectivos para la fobia social<sup>4</sup>, pero pocos de ellos hacen referencia al rubor facial patológico. No existen estudios comparativos frente a cirugía ni tratamientos farmacológicos.

### Tratamientos quirúrgicos (tabla 2)

#### Simpatectomía torácica endoscópica

La simpatectomía toracoscópica en el tratamiento del rubor facial (e hiperhidrosis, donde la experiencia es mucho más amplia) fue descrito por Wittmoser en 1985, pero comenzó a difundirse a partir de 1998, tras la publicación del estudio del grupo sueco de Borås. Desde entonces, diversos trabajos han sido publicados respecto a la efectividad de la técnica en el tratamiento del rubor facial, aunque generalmente en series junto a hiperhidrosis; se trata de series de casos con periodos de seguimiento corto, sin que exista ningún ensayo clínico que compare los resultados frente a otros tratamientos<sup>5</sup>.

Las complicaciones y efectos secundarios son similares a la cirugía de la hiperhidrosis. La hiperhidrosis compensadora es el efecto secundario más común de la técnica. Su incidencia varía notablemente según las series (20-90%). Resulta intolerable para 1,5-3% de los pacientes.

La respuesta inmediata a la cirugía es satisfactoria en un alto porcentaje de pacientes (85-90%). No obstante, 2 estudios publicados que analizan la respuesta a largo plazo confirman el descenso del nivel de satisfacción a medida que transcurre el tiempo, por el desarrollo de la hiperhidrosis compensadora, efecto más acusado en los casos de rubor facial<sup>6</sup>. Se recomienda extremar la indicación, evitando la

cirugía en pacientes con rubor persistente o de instauración y remisión lenta del cuadro, con peor respuesta a la cirugía.

### Pinzamiento simpático endoscópico

La simpatectomía endoscópica es un procedimiento irreversible, y las posibilidades de tratamiento de la hiperhidrosis compensadora, si se desarrolla, son muy escasas. La técnica de pinzamiento del nervio con clips quirúrgicos se ha demostrado eficaz en la resolución del cuadro de hiperhidrosis o rubor facial patológico, permitiendo su retirada en caso de desarrollar el paciente una hiperhidrosis compensadora intolerable, con una hipotética mejora de la hipersudoración compensadora. No obstante, la experiencia es muy limitada por el escaso número de pacientes que requirieron la retirada de clips<sup>6</sup>.

Se ha ensayado la simpatectomía percutánea por radiofrecuencia, sin éxito.

### Bibliografía

1. de Jong PJ, Peters ML. Do blushing phobics overestimate the undesirable communicative effects of their blushing? *Behav Res Ther.* 2005;43:747-58.
2. Licht PB, Pilegaard HK. Management of facial blushing. *Thorac Surg Clin.* 2008;18:223-8.
3. Jadresic E, Suárez C, Palacios E, Palacios F, Matus P. Evaluating the efficacy of endoscopic thoracic sympathectomy for generalized social anxiety disorder with blushing complaints: a comparison with sertraline and no treatment-Santiago de Chile 2003-2009. *Innov Clin Neurosci.* 2011;8:24-35.
4. Moreno Gil PJ, Méndez Carrillo FX, Sánchez Meca J. Eficacia de los tratamientos cognitivo-conductuales para la fobia social: una revisión meta-analítica. *Psicothema.* 2000;12:346-52.
5. Malmivaara A, Kuukasjärvi P, Autti-Ramo I, Kovanen N, Mäkelä M. Effectiveness and safety of endoscopic thoracic sympathectomy for excessive sweating and facial blushing: a systematic review. *Int J Technol Assess Health Care.* 2007;23:54-62.
6. Smidfelt K, Drott C. Late results of endoscopic thoracic sympathectomy for hyperhidrosis and facial blushing. *Br J Surg.* 2011;98:1719-24.

Francisco Javier García Tirado<sup>a,\*</sup> y Cristina Rieger Reyes<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España

<sup>b</sup> C.S. Torre Ramona, Unidad Docente de Medicina de Familiar y Comunitaria, Sector II, Zaragoza, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fco854@separ.es (F.J. García Tirado).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.003>