

Pioderma facial

C. Mauleón Fernández, E. Balbín Carretero, M. Valdivielso Ramos, P. de la Cueva Dobao, R. Cabeza Martínez¹, J.M. Hernanz Hermosa
Sección de Dermatología. Hospital «Infanta Leonor». ¹Centro de Especialidades Moratalaz. Área 1. Madrid

Resumen

El pioderma facial o rosácea *fulminans* es una enfermedad dermatológica poco frecuente que afecta a la cara y cursa con lesiones muy inflamatorias que pueden dejar cicatrices residuales. El tratamiento debe instaurarse de forma precoz; los corticoides orales y la isotretinoína oral son los fármacos más empleados. Presentamos el caso de una paciente adolescente que evolucionó favorablemente con este tratamiento.

Palabras clave

Acné, anejos, rosácea, corticoide

Abstract

Title: Pyoderma faciale

Pyoderma faciale or rosacea fulminans is a rather uncommon dermatological disease that affects the face and causes very inflammatory lesions that may leave residual scars. The treatment must be established early on; oral corticoids and oral isotretinoin are the most commonly used drugs. We present the case of an adolescent patient who progressed favourably with the aforementioned treatment.

Keywords

Acne, adnexa, rosacea, corticoids

Introducción

El pioderma facial es una entidad infrecuente que afecta a mujeres jóvenes y adolescentes. Suele aparecer en el seno del acné vulgar leve o moderado. Consiste en un empeoramiento brusco con aparición de nódulos inflamatorios, quistes y costras que pueden dejar cicatriz permanente. Se ha relacionado ocasionalmente con el eritema nodoso y la enfermedad inflamatoria intestinal. Es importante saber reconocerlo para poder instaurar un tratamiento precoz con corticoides orales e isotretinoína, de manera que pueda minimizarse la posible aparición de cicatrices.

Caso clínico

Paciente mujer de 15 años sin antecedentes de interés, salvo un acné vulgar leve tratado con eritromicina tópica desde hacía 6 meses. Acude a la consulta por presentar en ambas mejillas desde hace 2 semanas lesiones consistentes en papulopústulas, nódulos inflamatorios con costra superficial adherida y quistes dolorosos (figura 1). No asociaba malestar general, dolor articular ni otros síntomas sistémicos.

La analítica general solicitada, que incluía hemograma, bioquímica hepática, renal, LDH y CPK, era normal.

Se comenzó tratamiento con prednisona oral durante 4 semanas y, una semana después de comenzar con el corticoide oral, se introdujo isotretinoína oral con pauta para 6 meses. Las lesiones evolucionaron favorablemente, y en pocas semanas se produjo una disminución importante de la inflamación de las lesiones (figura 2); al final del tratamiento, la paciente presentaba escasas cicatrices residuales (figura 3).

Comentario

El pioderma facial es una entidad poco frecuente descrita en 1940 por Kierland y O'Leary¹. Consiste en la aparición brusca de pápulas inflamatorias, pústulas, quistes y nódulos en la cara de mujeres jóvenes y ocasionalmente adolescentes. Los comedones son escasos o inexistentes. Frecuentemente, aparece en el contexto de un acné leve. No suele asociar síntomas sistémicos. La analítica general es normal.

Las expresiones «rosácea *fulminans*» o «pioderma facial» se usan indistintamente para referirse a esta patología. En realidad, el segundo término no es del todo correcto, ya que no existe una infección bacteriana que permita usar el término «hipoderma». Por eso algunos autores han propuesto la primera expresión, rosácea *fulminans*, por considerarla más acertada. Es cierto que en muchos casos aparece sobre caras con cuperosis y eritema previos. De hecho, no está del todo claro si esta entidad podría englobarse dentro de la rosácea, del acné o si constituye una enfermedad diferente. Hasta que no existan más datos etiológicos, ambos nombres seguirán usándose indistintamente.

En cuanto a las causas, se barajan varias: factores hormonales como la toma de anticonceptivos o el embarazo, estrés psicológico o aumento brusco de *Demodex folliculorum* en la epidermis.

El pioderma facial o rosácea *fulminans* habitualmente es una enfermedad limitada a la cara, sin asociarse a ningún tipo de manifestaciones sistémicas. En raras ocasiones, se han descrito casos en los que se ha relacionado con el eritema nodoso², con la enfermedad inflamatoria intestinal³, los suplementos elevados de vitamina B, el inicio de tratamiento con isotretinoína oral y el embarazo. En estos casos, se ha reseñado en la analítica una anemia con elevación de los leucocitos, de la velocidad de sedimentación globular e incluso la presencia de inmunocomplejos circulantes.



Figura 1. Pápulas y pústulas muy inflamatorias con nódulos y quistes costrosos. Ausencia de comedones



Figura 2. Disminución de la inflamación tras 3 semanas de tratamiento con corticoides e isotretinoína



Figura 3. Cicatrices hipopigmentadas tras finalizar el tratamiento

Es importante diferenciarlo del acné *fulminans*, con el que comparte algunas características, como son la aparición brusca de las lesiones, el que éstas sean muy inflamatorias y molestas, y que haya pocos comedones. Las características que los diferencian son las siguientes: en el acné *fulminans* aparece malestar general y febrícula, elevación de los reactantes de fase aguda con leucocitosis, hepatoesplanomegalia, artralgias y artritis, e incluso lesiones osteolíticas que pueden llegar a confundirse con metástasis óseas⁴. Los pacientes afectados son varones en lugar de mujeres, con algunas excepciones⁵. Las lesiones se distribuyen en cara, tórax y espalda, y las cicatrices son mayores.

Frecuentemente aparecen enfermedades asociadas: paniculitis, enfermedad inflamatoria intestinal, escleritis posterior y pioderma gangrenoso⁶.

El objetivo del tratamiento es conseguir una disminución rápida de la inflamación que evite cicatrices permanentes. Para ello se emplean corticoides orales en dosis de 0,5 mg por kilogramo de peso, durante 3-4 semanas. Una vez conseguida la remisión de la inflamación aguda, y sin haber suspendido el corticoide oral, se

inicia el tratamiento con isotretinoína oral durante 5-7 meses, hasta alcanzar una dosis mínima de 120 mg/kg de peso. Esta pauta se ha empleado con éxito en casos de pioderma facial en niñas pequeñas menores de 5 años⁷. A diferencia del acné inflamatorio, la rosácea *fulminans* no suele responder a los antibióticos orales.

Esta entidad no suele recurrir una vez finalizado el tratamiento, por lo que el pronóstico es excelente si éste se instaura de manera precoz⁸.

Conclusiones

Debemos saber reconocer esta entidad que, aunque infrecuente, es incómoda para nuestros pacientes y puede dejar cicatrices permanentes si no se instaura el tratamiento de manera precoz. Conviene también no confundirla con el acné *fulminans* para no solicitar pruebas innecesarias. ■

Bibliografía

- O'Leary PA, Kierland RR. Pyoderma faciale. Arch Dermatol. 1940; 41: 451-462.
- Ayhkany M, Daneshpazhooh M, Ghandi N. The association of pyoderma faciale and erythema nodosum. Clin Exp Dermatol. 2007; 32: 275-277.
- Dessoukey MW, Omar MF, Dayem HA. Pyoderma faciale: manifestation of inflammatory bowel disease. Int J Dermatol. 1996; 35: 724-726.
- Gordon PM, Farr PM, Milligan A. Acne fulminans and bone lesions may present to other specialties. Pediatr Dermatol. 1997; 14: 446-448.
- Jansen T, Romiti R, Plewig G. Acute severe acne in a female patient (acne fulminans?) Br J Dermatol. 1999; 141: 945-947.
- Kurokawa S, Tokura Y, Nham NX, Sudoh H, Wakita H, Furukawa F, Takigawa M. Acne fulminans coexisting with pyoderma gangrenosum-like eruptions and posterior scleritis. J Dermatol. 1996; 23: 37-41.
- Firooz A, Firoozabadi MR, Dowlati Y. Rosacea fulminans (pyoderma faciale): successful treatment of a 3-year-old girl with oral isotretinoin. Int J Dermatol. 2001 Mar; 40(3): 203-205.
- Jansen T, Plewig G, Kligman AM. Diagnosis and treatment of rosacea fulminans. Dermatology. 1994; 188: 251-254.