

Placa eritematoviolácea en la región frontal

Erythematous-violaceous plaque in the frontal región

Bruce Knudsen¹, Melisa Giselle Baigorria², Dolly Lucini³ y Mara Ivanov⁴

¹ Médico Residente

² Médica Becaria

³ Médica de Planta

⁴ Jefa del Servicio

Servicio de Dermatología, Hospital Interzonal especializado de Agudos y Crónicos San Juan de Dios, La Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina

Contacto del autor: Bruce Knudsen

E-mail: bruce1knudsen@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 10/3/2025

Fecha de trabajo aceptado: 14/10/2025

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

Dermatol. Argent. 2026; 32(2): 172-174

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 47 años, oriundo de Perú y de profesión jardinero, sin antecedentes patológicos personales ni familiares de relevancia, consultó por una dermatosis asintomática en la región frontal de 2 años de evolución.

Al examen físico, en la región frontal, se observaban pápulas eritematovioláceas que confluían formando una placa de límites indefinidos e irregulares, con nódulos coalescentes que comprometían parcialmente la línea de implantación folicular (Foto 1). El paciente negaba antecedentes de trauma local, ingesta de medicamentos o enfermedades infectocontagiosas en los últimos meses previos a la aparición del cuadro.

Entre los diagnósticos diferenciales se consideraron micosis subcutánea, mucinosis papular, esporotricosis, rosácea fimatosa, infección por micobacterias atípicas y micosis fungoide foliculotropa.

Se realizó biopsia cutánea con punch n° 4 para estudio histopatológico que evidenció epidermis sin alteración; en dermis, se observó una leve dilatación de las estructuras vasculares asociada a un incremento del infiltrado inflamatorio linfocitario crónico angiocéntrico, junto con abundantes células plasmáticas, por lo que se llevó a cabo la técnica de Warthin-Starry, cuyo resultado fue negativo. No se evidenció reacción granulomatosa ni depósitos de material amiloide o mucoide. Las tinciones de PAS y Grocott también fueron negativas (Foto 2).

Además, se solicitaron estudios micológicos y bacteriológicos de piel, incluidos cultivos para micobacterias atípicas y gérmenes comunes, que no evidenciaron desarrollo de microorganismos. Asimismo, se realizaron estudios de laboratorio generales y serologías (VHB, VHC, VIH) cuyos resultados se encontraban dentro de los parámetros normales.

Debido a la falta de accesibilidad, se instauró tratamiento de segunda línea con minociclina 100 mg/día e ivermectina en crema al 1%, junto con medidas de cuidado de la piel, fotoprotección y prevención de factores desencadenantes. El paciente presentó mejoría clínica y actualmente se encuentra en seguimiento por nuestro Servicio, sin signos de recidiva ni nuevas lesiones (Foto 3).



FOTO 1: Placa eritematoviolácea que compromete la región frontal.



FOTO 2: Se observa una notable mejoría de la placa eritematoviolácea frontal, con reducción del eritema y del engrosamiento cutáneo, posterior a la administración de minociclina oral, ivermectina tópica y fotoprotección.

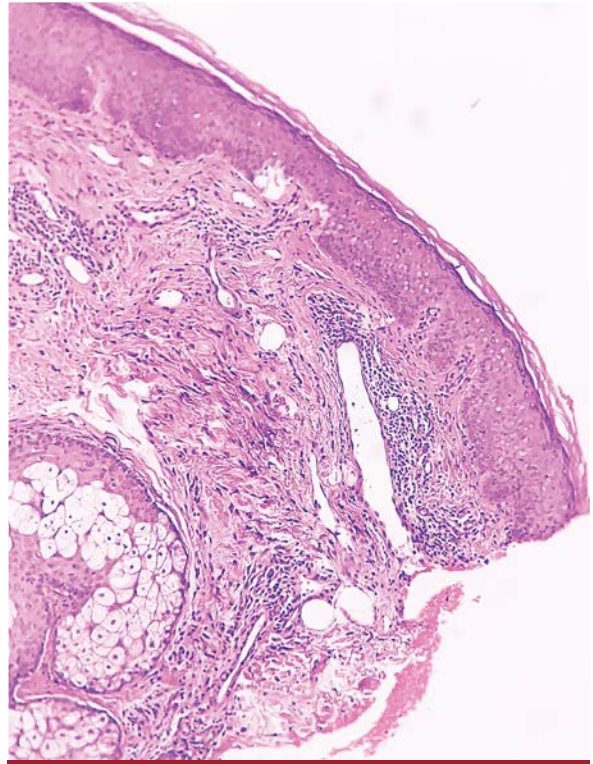


FOTO 3: Epidermis conservada; en dermis, dilatación de estructuras vasculares asociada a un incremento del infiltrado inflamatorio linfocitario crónico angiocéntrico (HyE, 10X).

DIAGNÓSTICO

Rosácea fimatosa (metofima).

COMENTARIOS

La rosácea es una enfermedad crónica que compromete principalmente las zonas centrales del rostro. Se manifiesta con episodios recurrentes de enrojecimiento transitorio, eritema persistente y telangiectasias, además de períodos de inflamación caracterizados por la aparición de pápulas, pústulas y edema. Estos signos suelen acompañarse de inflamación periocular y, en ocasiones, se asocian con el desarrollo posterior de tumefacciones cutáneas, conocidas como fimas¹.

La patogénesis de esta condición resulta de una interacción compleja entre múltiples factores y vías, incluyendo estímulos desencadenantes, alteraciones en la regulación neurovascular y disfunción del sistema inmunológico innato. Estos mecanismos contribuyen al desarrollo de los signos y síntomas característicos de la enfermedad^{2,3}.

El diagnóstico de la rosácea es fundamentalmente clínico, lo que puede llevar a que muchos pacientes, especialmente aquellos con formas leves, permanezcan sin diagnóstico. Se estima que su prevalencia a nivel mundial es cercana al 5% de la población, afectando

principalmente a personas de entre 30 y 50 años, con mayor incidencia en mujeres y en individuos de piel clara (fototipos I y II). Aunque la enfermedad es más frecuente en mujeres, las manifestaciones fimatosas se observan con mayor frecuencia en hombres^{1,3}.

La rosácea puede clasificarse en función de las características clínicas predominantes en eritematotelangiectásica, papulopustulosa, ocular y fimatosa. No obstante, se trata de una condición compleja en la que los pacientes no siempre encajan en un solo subtipo, pudiendo presentar múltiples formas simultáneamente, experimentar transiciones entre ellas o asociarse con otras dermatosis. Por esta razón, el Consenso Global de Rosácea ha propuesto un enfoque basado en fenotipos, el cual es el más utilizado actualmente en la práctica clínica^{2,4}.

En el caso presentado se observó rosácea fimatosa, una forma que se caracteriza por el engrosamiento cutáneo y la hiperplasia de las glándulas sebáceas, comúnmente en la zona nasal (rinoforma). Sin embargo, también pueden presentarse lesiones en otras áreas, aunque con menor frecuencia, como en las orejas (otofima), la frente (metofima) y el mentón (gnatofima)^{5,6}.

En general, se considera que las fimas son una manifestación avanzada de la rosácea, aunque en algunos

casos pueden aparecer en pacientes que presentan pocos o incluso ningún otro signo de la enfermedad. Estas lesiones son poco frecuentes en los distintos subtipos de la patología. Desde el punto de vista histológico, muestran hiperplasia de las glándulas sebáceas acompañada de fibrosis (tipo común) o una apariencia similar a la elefantiasis debido a un linfedema crónico (tipo grave)⁵.

La duración de la enfermedad no parece estar directamente relacionada con su gravedad. Los crecimientos fimatosos son lesiones de larga duración que no se resuelven de manera espontánea y, por lo general, tienden a empeorar con el tiempo, especialmente si no reciben tratamiento⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hampton PJ, Berth-Jones J, Duarte Williamson CE, Hay R, et al. British Association of Dermatologists guidelines for the management of people with rosacea 2021. *Br J Dermatol*. 2021;185:725-735.
2. Geng RSQ, Bourkas AN, Mufti A, Sibbald RG. Rosacea: pathogenesis and therapeutic correlates. *J Cutan Med Surg*. 2024;28:178-189.
3. Farshchian M, Daveluy S. Rosacea. [Internet]. Treasure Island (FL): *StatPearls*; 2025.
4. Zhang H, Tang K, Wang Y, Fang R, et al. Rosacea treatment: review and update. *Dermatol Ther*. 2021;11:13-24.
5. Chan JL, Soliman S, Miner AG, Hughes SM, et al. Metophyma: case report and review of a rare phyma variant. *Dermatol Surg*. 2011;37:867-869.
6. Veraldi S, Murgia G. Treatment of metophyma with isotretinoin. *Acta Derm Venereol*. 2024;104.

Las opciones terapéuticas para la rosácea fimatosa incluyen el uso de medicamentos tópicos como metronidazol o ivermectina, vía oral como doxiciclina o isotretinoína, así como escisión quirúrgica, ablación con láser de dióxido de carbono, dermoabrasión o electrocirugía²⁻⁵.

El interés del caso radica en comunicar una variante infrecuente de rosácea subdiagnosticada. En este contexto, la evaluación clínica macroscópica resultó fundamental para orientar el diagnóstico al permitir sospechar una rosácea fimatosa. A su vez, los estudios complementarios, en especial la histopatología, fueron clave para descartar otros diagnósticos diferenciales y confirmar la entidad.