**Si tengo la cara roja ¿es lupus?**

**Dra. Judith G Domínguez Cherit**

Jefe de Departamento de Dermatología

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubiran

[dominguez.judith@gmail.com](mailto:dominguez.judith@gmail.com)

**Sirenia Alejandra Castro Molina**

MPSS Facultad de Medicina UNAM

sireniacm30@gmail.com

**La cara roja es una de las consultas más frecuentes en dermatología. Existe mucha mala información obtenida de las redes sociales o de profesionales de la salud que relacionan esta manifestación de la piel con una enfermedad sistémica llamada Lupus Eritematoso, generando angustia y malos tratamientos.**

El término *cara roja* se reserva para las lesiones localizadas exclusiva, o muy predominantemente, en la cara y que resultan de cambios en el flujo sanguíneo cutáneo desencadenados por múltiples condiciones. Diversas entidades benignas y malignas pueden causar rubor (sensación de calor acompañada de un enrojecimiento visible de la piel), las causas más comunes para el rubor son la fiebre, la menopausia, el rubor emocional, la rosácea1 y la demodecidosis o dermatitis por contacto. La causa menos frecuente es el lupus eritematoso ceneralizado (LEG).

Una cara roja e hinchada puede ser el resultado de dermatitis de contacto, generalmente por el uso de cosméticos de cara o pelo como tintes para el cabello, perfumes en cosméticos y aromatizantes de ambiente, medicamentos tópicos o remedios caseros.

La manera de identificar el agente causal es enlistando todos los productos que se utilizaron en la cara o cabeza entre las últimas 12 y 48 horas. El tratamiento debe ser indicado por un dermatólogo y, en su caso, realizar pruebas del parche para identificar la sustancia agresora.2,3

Otra causa importante de cara roja son las infecciones bacterianas como la erisipela o la celulitis, estas se acompañan de dolor, calor local, fiebre, escalofríos, malestar general y a veces las náuseas y vómitos, que pueden preceder de 24 a 48 horas a las manifestaciones cutáneas.

Esta infección ocurre cuando las bacterias ingresan a la dermis a través de pequeñas roturas en la piel, y las toxinas bacterianas desencadenan una respuesta inflamatoria creciente; los principales agentes son estreptococos del grupo A, por lo que el tratamiento es con antibiótico.1

El acné vulgar que afecta aproximadamente a 9% de la población mundial (85% de los individuos de 12 a 24 años y 50% de los pacientes de 20 a 29 años) se presenta como comedones, pápulas, pústulas, nódulos y signos secundarios que incluyen cicatrices, eritema e hiperpigmentación. Un acné mal tratado por el uso de limpiezas, peelings o mascarillas, puede empeorarlo y poner la cara muy roja.

Como el acné es un padecimiento que acompaña a la adolescencia, se habla de un control de la enfermedad más que de una curación, ya que esta se da hasta que la persona termina su adolescencia tardía. El manejo del acné debe ser encaminado por el dermatólogo, y es importante sobre todo para evitar cicatrices deformantes.4

La rosácea es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta predominantemente a la región centrofacial (mejillas, barbilla, nariz y frente). Se parece mucho al acné, pero usualmente comienza entre los 30 y 50 años de edad, es más común en mujeres y poblaciones con piel clara. La rosácea puede provocar vergüenza, baja autoestima, ansiedad, depresión y estigmatización. El tratamiento incluye terapias tópicas, terapias orales, cuidado de la piel y manejo del estilo de vida.5

La demodecidosis es indistinguible de la rosácea y en ocasiones es parte de ella. Esta enfermedad es producida por un ácaro llamado *demodex folliculorum*, un habitante normal de la piel seborreica. Se considera un diagnóstico de demodecidosis cuando aparecen signos o síntomas clínicos que son muy parecidos al acné o a la rosácea y que con un simple examen al microscopio podemos evidenciar si existen más de cinco por folículo.6 Es frecuente en personas que no utilizan jabón para lavar la cara y que por el contrario se desmaquillan con sustancias cremosas o grasosas.

La dermatitis seborreica es una enfermedad inflamatoria común de la piel que se presenta en áreas ricas en glándulas sebáceas, particularmente el cuero cabelludo, la zona centro facial de cara y los pliegues corporales (axilas e ingles). La composición de los lípidos en la superficie de la piel y la susceptibilidad individual son importantes para la aparición de esta enfermedad. Actualmente se utiliza una amplia gama de modalidades terapéuticas indicadas por el especialista en piel.7

El lupus eritematoso (LE) puede presentarse con eritema facial con la distribución característica en “Alas de Mariposa”,1 no da síntomas como dolor o comezón y muy característicamente se presenta después de exponerse al sol. Es importante diferenciarlo de las otras causas ya descritas, pues en estos pacientes la exposición a la luz ultravioleta puede incluso desencadenar una reacción generalizada.

En la dermatomiositis (DM) la cara frecuentemente tiene los párpados superiores hinchados y de color púrpura o violeta. El enrojecimiento puede extenderse a toda la cara, el cuello, el pecho, la espalda y los hombros e incluso hasta los muslos. Las lesiones a menudo se agravan con la exposición al sol. El tratamiento debe hacerse en conjunto con distintas especialidades, como dermatología e inmunología.8

Conclusión

Es muy importante conocer todas las entidades que nos pueden causar caras rojas y que no solamente se trata de una patología única, todo esto con el fin de realizar el abordaje correcto, los diagnósticos diferenciales correspondientes y dar la terapéutica adecuada para cada tipo de enfermedad.

**Referencias bibliográficas**

1. İkizoğlu, G., 2014. Red face revisited: Flushing. Clin. Dermatol. 32, 800–808. https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2014.02.019

2. Broides, A., Sofer, S., Lazar, I., 2011. Contact Dermatitis With Severe Scalp Swelling and Upper Airway Compromise Due to Black Henna Hair Dye. Pediatr. Emerg. Care 27, 745–746. https://doi.org/10.1097/PEC.0b013e318226df18

3. Nassau, S., Fonacier, L., 2020. Allergic Contact Dermatitis. Med. Clin. North Am. 104, 61–76. https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.08.012

4. Eichenfield, D.Z., Sprague, J., Eichenfield, L.F., 2021. Management of Acne Vulgaris: A Review. JAMA 326, 2055–2067. https://doi.org/10.1001/jama.2021.17633

5. Rosacea Treatment: Review and Update - PubMed [WWW Document], n.d. URL https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33170491/ (accessed 11.14.22).

6. Aktaş Karabay, E., Aksu Çerman, A., 2020. Demodex folliculorum infestations in common facial dermatoses: acne vulgaris, rosacea, seborrheic dermatitis. An. Bras. Dermatol. 95, 187–193. https://doi.org/10.1016/j.abd.2019.08.023

7. Tucker, D., Masood, S., 2022. Seborrheic Dermatitis, in: StatPearls. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL).

8. Cobos, G.A., Femia, A., Vleugels, R.A., 2020. Dermatomyositis: An Update on Diagnosis and Treatment. Am. J. Clin. Dermatol. 21, 339–353. https://doi.org/10.1007/s40257-020-00502-6

2 páginas - ¿Cómo lo sé?