

BMJ Best Practice

Rosácea

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	5
Prevenção	6
Prevenção secundária	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	9
Anamnese e exame físico	10
Exames diagnóstico	12
Diagnóstico diferencial	13
Critérios de diagnóstico	15
Tratamento	17
Abordagem passo a passo do tratamento	17
Visão geral do tratamento	19
Opções de tratamento	21
Novidades	41
Acompanhamento	42
Recomendações	42
Prognóstico	42
Diretrizes	44
Diretrizes de diagnóstico	44
Diretrizes de tratamento	44
Recursos online	45
Nível de evidência	46
Referências	47
Imagens	53
Aviso legal	58

Resumo

- ◇ Geralmente, o diagnóstico é clínico; evitar os fatores desencadeantes é essencial para o tratamento.
- ◇ As manifestações mais comuns são rubor, telangiectasias dilatadas e proeminentes (principalmente na face), eritema facial persistente, pápulas inflamatórias e pústulas nas regiões periorificiais.
- ◇ A proeminência de glândulas sebáceas no nariz pode resultar em fibrose e rinofima.
- ◇ Os subtipos incluem eritemato-telangiectásica (subtipo 1), pápulo-pustulosa (subtipo 2), fimatosa (subtipo 3) e ocular (subtipo 4).
- ◇ O tratamento depende do subtipo. Costumam-se tratar os casos leves, inicialmente, com metronidazol tópico ou tetraciclinais orais. Outros antibióticos e agentes anti-inflamatórios podem ser usados como auxiliares.

Definição

A rosácea é uma disfunção crônica comum da pele caracterizada por vermelhidão, rubor e outros achados cutâneos que muitas vezes incluem telangiectasias, pele áspera, rinofima e uma inflamação geral semelhante à acne. A rosácea afeta principalmente as convexidades da região central da face, incluindo bochechas, queixo, nariz e testa, mas pode se estender para outras partes do corpo (em geral a parte superior do tronco).^[1] Os indivíduos com rosácea também podem ter lacrimejamento ou irritação nos olhos. De modo geral, ela é caracterizada por episódios de remissão e recidiva.

Epidemiologia

Embora a rosácea possa ocorrer em todos os grupos étnicos e raciais, os indivíduos de pele clara de ascendência celta ou do norte da Europa são os mais afetados.^[4] A rosácea é rara em negros.^[5] As mulheres costumam ser mais afetadas que os homens, e, geralmente, a doença começa a se manifestar entre os 30 e 50 anos de idade.^[6]

Estima-se que a rosácea afeta mais de 14 milhões de pessoas nos EUA (cerca de 5% da população); fora dos EUA, a rosácea afeta os indivíduos brancos com uma incidência similar à dos EUA.

Etiologia

A causa subjacente é atualmente desconhecida. No entanto, fatores ou gatilhos que precipitam o aparecimento incluem:

- Exposições climáticas
- Vasculatura
- Agentes químicos e ingeridos
- Inflamação.

Parece haver uma resposta vasodilatadora exagerada ao aumento da temperatura, e a vermelhidão pode ser facilmente exacerbada por bebidas quentes ou banhos quentes. A exposição climática mais importante é a luz do sol.

A inflamação geral pode ser induzida por agentes químicos como medicamentos (por exemplo, amiodarona), comidas picantes, corticosteroides nasais e, paradoxalmente, corticosteroides tópicos.

Fisiopatologia

Ainda há grandes lacunas no conhecimento científico básico subjacente à fisiopatologia da rosácea.^[7] Pesquisas demonstraram que os peptídeos catiônicos antimicrobianos (CAMPs) são significativamente suprarregulados nessa condição. No entanto, o papel exato desses peptídeos na patogênese é pouco compreendido.^[8] Um estudo mostrou que há maior número de mastócitos em peles lesionadas do que em peles normais, e que, portanto, eles podem ter um papel importante no complexo meio de mediadores inflamatórios que participam no processo da rosácea.^[9] Mais recentemente, tem-se dado grande atenção ao ácaro demodex como um possível agente causador de rosácea; embora o seu papel exato permaneça sob investigação, parece haver uma relação entre a carga de demodex e a gravidade das lesões de rosácea em alguns pacientes.^[10] Outro agente infeccioso que foi implicado na

patogênese da rosácea é o *Helicobacter pylori*. Atualmente, as evidências são mistas, e não está claro se o supercrescimento de bactérias do intestino delgado em alguns indivíduos com rosácea é circunstancial ou causativo.[11]

Classificação

Subtipos[1]

Subtipo 1: eritemato-telangiectásica. Caracterizada por história proeminente de rubor e eritema persistente na região central da face. Asperidade e descamação também são frequentes.

Subtipo 2: pápulo-pustulosa. Essa é considerada a apresentação clássica de rosácea. Ela é caracterizada por eritema persistente na região central da face, telangiectasias, pápulas transitórias e/ou pústulas distribuídas na região central da face.

Subtipo 3: fimatosa. Caracterizada por espessamento da pele, nodularidades superficiais irregulares e aumento da superfície irregular. A apresentação mais comum é o rinofima, mas este pode ocorrer em outras regiões da face (incluindo orelhas e pálpebras).

Subtipo 4: manifestações oculares. Caracterizado por lacrimejamento ou vermelhidão dos olhos (hiperemia conjuntival interpalpebral), ressecamento, sensação de corpo estranho, visão turva, queimação ou ardor, sensibilidade à luz, telangiectasias na conjuntiva e na margem da pálpebra ou eritema periocular e da pálpebra.

[Fig-1]

[Fig-2]

[Fig-3]

Outras formas

Rosácea fulminante (pioderma facial). Caracterizada por erupções acentuadas ou pápulas inflamadas e pústulas amarelas.

Dermatite perioral e periocular (periorifical). Caracterizada por pequenas pápulas e pústulas rosadas, frequentemente sem inflamação malar.

[Fig-4]

Prevenção secundária

A principal intervenção preventiva é evitar os fatores desencadeantes que intensificam ou estimulam os sintomas; os fatores desencadeantes comuns incluem comidas apimentadas, bebidas quentes e bebidas alcoólicas. É imperativo que os fatores desencadeantes específicos para cada indivíduo sejam identificados antes da implementação da terapia; um diário para monitorar seu estilo de vida e os fatores ambientais, além dos sintomas, pode ser muito útil. No entanto, por mais disciplinados que sejam os pacientes ao evitarem os fatores desencadeantes, isso nem sempre impede que a rosácea progrida.

Como medida conservadora, estimule a aplicação diária de um filtro solar que proteja contra as radiações UV-A (ultravioleta A) e UV-B. Além disso, aconselhe o uso de chapéus de aba larga e a não exposição ao sol do meio-dia.

Os indivíduos com os subtipos eritemato-telangiectásico e pápulo-pustuloso costumam descrever sensibilidade a vários agentes cosméticos. Produtos e ingredientes como adstringentes, tônicos, mentol, cânfora e lauril sulfato de sódio (um componente essencial na maioria dos xampus) podem ser bastante agressivos para a pele, causando agravamento da doença. Um agente de limpeza suave sem sabão, aplicado com os dedos, é melhor tolerado. Ele pode ser seguido por um emoliente suave, preferencialmente com fator de proteção solar (FPS) mínimo de 15.

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher de 45 anos apresenta uma longa história de rubor fácil, vermelhidão facial e pequenos e proeminentes vasos sanguíneos na face. O exame físico revela um grande número de telangiectasias sobre um eritema que, ao ser pressionado, torna-se branco. Uma inspeção mais cuidadosa revela pústulas e pápulas eritematosas principalmente nas regiões centrais e periorificiais da face.

Outras apresentações

Apresentações atípicas incluem crianças, pacientes na terceira ou quarta década de vida e pessoas com achados apenas oculares.[2] [3]

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Na maioria dos casos, o diagnóstico é feito clinicamente. Porém, os achados muitas vezes mimetizam aqueles observados em outros estados patológicos; portanto, pode ser necessário excluir outras doenças.

Diagnóstico do subtipo

Subtipo 1: eritemato-telangiectásica

- História proeminente de rubor e eritema persistente na região central da face, prolongados (geralmente acima de 10 minutos); normalmente acompanhados de sensação de queimação ou ardência.
- A pele periocular não costuma ser afetada.
- Vários estímulos podem suscitar o rubor, incluindo exercício, comidas picantes, clima frio ou quente, estresse emocional, bebidas quentes, bebidas alcoólicas ou banhos quentes.
- Não há sudorese, tontura ou palpitações (que seriam indicativos de causas mais preocupantes de rubor).
- Muitas vezes, há aspereza ou descamação, que se assemelham aos achados de uma dermatite crônica leve.

Subtipo 2: pápulo-pustulosa

- Essa é considerada a apresentação clássica da rosácea.
- Eritema persistente na região central da face e telangiectasias.
- Pápulas transitórias, pústulas ou ambas se distribuem na região central da face; frequentemente, as pápulas vermelhas têm pústulas puntiformes centrais em seu ápice.
- A maioria das pessoas tem uma história de rubor. Embora os pacientes possam relatar sintomas de irritação (como sensações de ardência e queimação), esses sintomas não são característicos.
- Pode ser observada em combinação com o subtipo 1 ou após sua ocorrência.

Subtipo 3: fimatosa

- Caracterizada por espessamento da pele, nodularidades superficiais irregulares e aumento da superfície irregular.

- A apresentação mais comum é o rinofima, mas este pode ocorrer em outras regiões da face (incluindo orelhas e pálpebras).
- Podem-se observar numerosos folículos que se expandem na área fimatosa, e, assim como nos subtipos 1 e 2, podem haver telangiectasias.

Subtipo 4: manifestações oculares

- Podem ocorrer simultaneamente à apresentação cutânea ou podem preceder, em meses ou anos, os sinais cutâneos. As manifestações oculares precedem os achados cutâneos em até 20% das pessoas; e cerca de 50% dos indivíduos com rosácea percebem primeiro as lesões na pele.
- Considere o diagnóstico de rosácea ao se observarem os seguintes sinais e sintomas oftalmológicos:[1]
 - Lacrimejamento ou vermelhidão (hiperemia conjuntival interpalpebral)
 - Ressecamento
 - Sensação de corpo estranho
 - Visão turva
 - Queimação ou ardência
 - Coceira
 - Ressecamento
 - Sensibilidade à luz
 - Telangiectasias na conjuntiva ou na margem da pálpebra ou eritema periocular e palpebral.
- Também pode haver blefarite, conjuntivite, inflamação das glândulas meibomianas e irregularidades nas margens das pálpebras. A inflamação da glândula meibomiana pode se apresentar como um calázio ou infecção estafilocócica crônica.

Outras formas:

Rosácea fulminante (pioderma facial)

- Caracterizada por erupções acentuadas ou pápulas inflamadas e pústulas amarelas.
- Normalmente, os pacientes são do sexo feminino e têm menos de 40 anos de idade.[12]
- Pode ser acompanhada por febres e mialgias, bem como por leucócitos e velocidade de hemossedimentação (VHS) elevados.
- Tratamento e histologia semelhantes aos da rosácea.

Dermatite perioral e periocular (periorifical)

- Frequentemente observada em indivíduos com rosácea vascular.
- Caracterizada por pequenas pápulas e pústulas rosadas, frequentemente sem inflamação malar.
- Tratamento e histologia semelhantes aos da rosácea.

[Fig-1]

[Fig-2]

[Fig-3]

[Fig-5]

[Fig-4]

Estágios clínicos

A rosácea é um distúrbio progressivo que geralmente avança de estágio em estágio caso não seja tratado. Há 4 estágios básicos:

Estágio 1: rubor (eritema transitório, pré-rosácea)

- Uma história de rubor frequente é comum. O eritema pode durar de horas a dias.[1]

Estágio 2: eritema persistente

- O sinal mais comum é vermelhidão cutânea incessante.[1]

Estágio 3: pápulas e pústulas

- A presença de pápulas vermelhas em forma de domo na testa, áreas malares, nariz e queixo, com ou sem pústulas, e frequentemente em grupos, é característica da doença. As pápulas não costumam ser sensíveis e não estão associadas à cicatrização. Também podem ocorrer nódulos.[1]
- Embora alguns pacientes com rosácea também possam exibir características de acne, incluindo comedões, não se deve relacionar essas características à rosácea.[1]

Estágio 4: telangiectasias

- A presença de telangiectasias é comum, mas não é necessária para o diagnóstico.[1]

Investigações

O diagnóstico é quase sempre realizado clinicamente. Porém, os achados muitas vezes mimetizam aqueles observados em outros estados patológicos; portanto, pode ser necessário excluir outras doenças.[5] Alguns exames a serem considerados incluem um título de fator antinuclear (FAN) em caso de suspeita de lúpus eritematoso sistêmico (LES) ou doença do tecido conjuntivo, ou uma biópsia da pele para excluir doenças mais preocupantes que mimetizam a rosácea (incluindo sarcoidose e mastocitose).

A rosácea é caracterizada por diversas características histopatológicas durante a biópsia da pele que são inespecíficas:

- Telangiectasias: muitas vezes proeminentes, com um infiltrado de linfócitos perivascular e perifolicular
- Ácaros demodex: podem estar presentes no folículo piloso, às vezes em número aumentado em indivíduos com rosácea, comparados a indivíduos sem rosácea (embora não haja ligação causal comprovada)
- Plasmócitos: geralmente, há um pequeno número de células presente.

Fatores de risco

Fortes

pele clara

- Embora a rosácea possa se desenvolver em qualquer tipo de pele, há forte predileção por pessoas brancas de pele clara, particularmente as de ascendência celta e do norte da Europa.[4] É incomum em pessoas negras.[5]

banhos/duchas quentes

- As manifestações cutâneas são exacerbadas em pessoas predispostas quando estas são expostas a banhos ou duchas quentes.[1]

extremos de temperatura

- Extremos de temperatura, em especial temperaturas altas, têm alta probabilidade de causar vermelhidão.[1]

luz do sol

- Pessoas predispostas são mais sensíveis ao sol. A luz solar direta foi claramente estabelecida como um gatilho para a exacerbação de manifestações cutâneas.[1]

estresse emocional

- Há uma associação menos clara entre estresse ou raiva e o desenvolvimento de sinais. Porém, o rubor certamente é suscitado por ambos.[1]

bebidas quentes

- Esse é um dos fatores desencadeantes mais notáveis para o rubor.

Fracos**alimentos picantes**

- Nem todo mundo experimenta um agravamento da doença quando exposto a comidas picantes. Porém, parece haver uma associação.[1]

bebidas alcoólicas

- Alguns dos achados dermatológicos, como rubor, podem ser exacerbados quando pessoas predispostas consomem bebidas alcoólicas. Acredita-se que os indivíduos com transtornos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas desenvolvam alterações no nariz similares àquelas observadas no subtipo de rosácea fimatosa; o papel das bebidas alcoólicas na rosácea fimatosa em particular ainda não está claro.[1]

[Fig-2]

medicamentos

- A inflamação em geral pode ser induzida por medicamentos como amiodarona, corticosteroides intranasais e, paradoxalmente, corticosteroides tópicos.

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os principais fatores de risco incluem pele clara e exposição a fatores desencadeantes como banhos quentes, temperaturas extremas, luz do sol, álcool e estresse emocional.

rubor (comum)

- Uma característica precoce e, às vezes, diagnóstica. No entanto, nem todos os indivíduos com rosácea relatam rubor, e aqueles cujo único sintoma é o rubor nem sempre desenvolvem a doença.[5]

eritema (comum)

- Praticamente todos os indivíduos com rosácea apresentam algum nível de eritema no período inicial da doença. Todos os indivíduos com a doença apresentam ou descrevem algum grau de vermelhidão.
- À medida que a doença evolui, o eritema transitório pode se tornar persistente.

[Fig-1]

pápulas e pústulas (comum)

- Presentes na doença progressiva, particularmente no subtipo 2.

telangiectasias (comum)

- Capilares superficiais são uma das marcas típicas da doença. Muitas vezes, são a característica mais incômoda para os indivíduos com a doença.

manifestações oculares (comum)

- Os indivíduos com rosácea costumam descrever uma sensação de corpo estranho no olho, muitas vezes acompanhada por lacrimejamento, dor e visão turva.
- Frequentemente, observam-se telangiectasias e eritema na margem da pálpebra, às vezes com descamação.
- Outras manifestações oculares incluem calázio ou terçol recorrentes, ceratite, episclerite e esclerite.[1]
- Não é incomum que os indivíduos apresentem sinais e sintomas sugestivos de conjuntivite e blefarite, e que estas sejam manifestações significativas de rosácea.

[Fig-5]

formação de placas (comum)

- A rosácea pápulo-pustulosa grave pode evoluir com lesões coalescentes, formando placas eritematosas ou violáceas.

distribuição na face (comum)

- A rosácea afeta principalmente as convexidades da região central da face, incluindo bochechas, queixo, nariz e o centro da testa.[1]

mudanças fimatosas (incomum)

- A mais frequente é o rinofima (conhecido como "nariz em couve-flor" ou "nariz do alcoólatra").
- Essa forma grave de hiperplasia das glândulas sebáceas é 20 vezes mais comum em homens que em mulheres.
- O rinofima está frequentemente relacionado ao estágio final da rosácea, mas ele pode ser observado mesmo quando as outras características da doença são leves.[5]

[Fig-2]

Outros fatores de diagnóstico

acne vulgar (comum)

- Pode ou não coexistir.

queimação ou ardência (incomum)

- Descrita com frequência por indivíduos com o subtipo 1.

aparência ressecada (incomum)

- A pele pode ser áspera e apresentar descamação.

edema (incomum)

- Pápulas e pústulas proeminentes dão uma aparência de edema e podem induzir a um edema subjacente na derme.
- Essa característica é incomum na doença progressiva, mas é, mesmo assim, considerada uma característica típica quando presente.

localização periférica (incomum)

- O rubor pode estar presente no tórax superior, pescoço e costas.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
diagnóstico clínico <ul style="list-style-type: none"> • Geralmente, não é necessário realizar exames. 	características da rosácea

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
biópsia de pele <ul style="list-style-type: none"> • Esses achados são altamente inespecíficos, demonstrando, tipicamente, doença granulomatosa. • A biópsia da pele pode ser realizada para excluir doenças mais preocupantes que mimetizam a rosácea, incluindo sarcoidose, doença do tecido conjuntivo e mastocitose. • Ainda há controvérsias quanto ao fato de o ácaro demodex (<i>Demodex folliculorum</i>) ter ou não um papel na patogênese da rosácea. Já se observou que seus números aumentam em pacientes com rosácea, mas a ligação causal ainda precisa ser confirmada. Considere fazer uma biópsia da superfície para avaliar o aumento no número de ácaros demodex; em alguns casos, será revelada uma foliculite por demodex, que pode ser tratada com medicação antiparasitária. 	infiltrado granulomatoso ou linfo-histiocitário inespecífico; características associadas como edema, telangiectasias, hiperplasia sebácea e ácaros demodex no folículo piloso (em número aumentado) podem estar presentes

Exame	Resultado
título de fator antinuclear (FAN) <ul style="list-style-type: none"> • Deve ser realizado em caso de suspeita de lúpus eritematoso sistêmico (LES) ou outra doença do tecido conjuntivo. • Positivo em diversas formas de doença do tecido conjuntivo (por exemplo, LES >1:160). 	negativo

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Dermatite seborreica	<ul style="list-style-type: none"> • Escamas amarelas e gordurosas numa base eritematosa com distribuição seborreica (periorifical e no couro cabeludo). Geralmente escamosa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diferenciação clínica geralmente é suficiente.
Dermatite de contato	<ul style="list-style-type: none"> • Vesículas e pseudovesículas. 	<ul style="list-style-type: none"> • O teste de contato será positivo para alérgenos de contato específicos.
Lúpus eritematoso sistêmico	<ul style="list-style-type: none"> • Distribuição discoide ou malar em forma de "borboleta"; rash frequentemente associado a fotossensibilidade; úlceras orais são comuns. Serosite, disfunção renal, disfunção neurológica, distúrbios hematológicos e distúrbios imunológicos podem ocorrer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fator antinuclear (FAN) positivo; hipocomplementemia; anticorpos anti-Ro positivos; anticorpos anti-ácido desoxirribonucleico (anti-DNA) de fita dupla positivos.
Dermatomiosite	<ul style="list-style-type: none"> • Eritema violáceo macular confluyente periorbital (heliotrópico), pápulas de Gottron, prurido e/ou queimação da pele, sensibilidade à luz do sol, fraqueza muscular, dor e sensibilidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • FAN positivo (padrão de imunofluorescência nuclear pontilhado); anticorpo anti-Jo-1 positivo.
Fotodermatite	<ul style="list-style-type: none"> • Eritema geral fotodistribuído. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diferenciação clínica geralmente é suficiente.
Síndrome carcinoide	<ul style="list-style-type: none"> • Rubor, diarreia, broncoconstrição; valvopatia cardíaca do lado direito. 	<ul style="list-style-type: none"> • Níveis elevados de 5-HIAA (5-hidroxindolacético) na urina de 24 horas.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Mastocitose	<ul style="list-style-type: none"> Rubor, prurido, urticção, dor abdominal, náuseas ou vômitos, diarreia, dor musculoesquelética, cefaleia, instabilidade vascular, dificuldades neuropsiquiátricas. 	<ul style="list-style-type: none"> Presença de um denso infiltrado de mastócitos na biópsia do tecido.[5]
Policitemia vera	<ul style="list-style-type: none"> História de sangramento ou trombose. Outras características clínicas comuns incluem cefaleia, fraqueza generalizada, esplenomegalia, prurido excessivo, pletora ou eritromelalgia (sensibilidade ou queimação dolorosa e/ou vermelhidão nos dedos, palmas das mãos, calcanhares ou dedos do pé). 	<ul style="list-style-type: none"> Hemoglobina elevada e oxigenação arterial normal.
Sarcoidose	<ul style="list-style-type: none"> Pápulas amarelo-avermelhadas translúcidas, que lembram "geleia de maçã" quando comprimidas com uma lâmina de vidro (diascopia). 	<ul style="list-style-type: none"> Achados granulomatosos característicos na biópsia das lesões sarcoides da pele, às vezes inespecíficos.
Dermatite decorrente de uso prolongado de corticosteroide	<ul style="list-style-type: none"> Vermelhidão generalizada com atrofia da pele; possíveis estrias. 	<ul style="list-style-type: none"> Diferenciação clínica geralmente é suficiente.
Acne vulgar	<ul style="list-style-type: none"> Geralmente afeta indivíduos mais jovens e começa na puberdade. Presença de cravos brancos (comedões fechados) e cravos pretos (comedões abertos). Ausência de rubor e de eritema significativo. 	<ul style="list-style-type: none"> Diferenciação clínica geralmente é suficiente.
Conjuntivite alérgica	<ul style="list-style-type: none"> Presença de secreção aquosa ou mucoide. O prurido é o sintoma principal. A conjuntivite é frequentemente sazonal e associada a uma história de dermatite atópica, febre do feno e asma. 	<ul style="list-style-type: none"> Diferenciação clínica geralmente é suficiente.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Ceratose pilar inflamatória	<ul style="list-style-type: none"> Mais comumente limitada aos membros, apresenta pápulas mais distintas (e não pápulas sobre um fundo de eritema, como observado na rosácea). Uma forma mais inflamatória de ceratose pilar pode às vezes ser confundida com rosácea. Embora a ceratose pilar seja extremamente comum, fazer uma distinção clínica entre rosácea e ceratose folicular não costuma ser difícil. 	<ul style="list-style-type: none"> Diferenciação clínica geralmente é suficiente.
Foliculite por Demodex	<ul style="list-style-type: none"> A foliculite por demodex na face e no tronco apresenta um quadro clínico que pode ser quase idêntico ao da rosácea. 	<ul style="list-style-type: none"> Um raspado de pele revelará inúmeros ácaros demodex.

Critérios de diagnóstico

Características clínicas[1]

Características primárias

Presença de uma ou mais das seguintes características:
[Fig-1]

- Eritema transitório: episódios de rubor (pré-rosácea)
- Eritema persistente
- Pápulas e pústulas
- Telangiectasias.

Características secundárias

Outros sinais e sintomas podem aparecer ao mesmo tempo em que as características primárias, mas também podem ocorrer independentemente. A presença de uma ou mais características secundárias, junto com uma ou mais características primárias, pode ser indicativa da doença:

- Queimação ou ardência (especialmente na pele da região malar).
- Aparência ressecada, às vezes áspera e com descamação, na região central da face.
- Às vezes observa-se edema após eritema ou rubor facial prolongados.
- Manifestações oculares são comuns e podem incluir sintomas de queimação e prurido, bem como hiperemia conjuntival e inflamação da pálpebra. Quando o olho está envolvido, os pacientes com rosácea costumam descrever uma sensação de corpo estranho.
- Pápulas vermelhas elevadas que coalescem para formar placas sem alterações epidérmicas são comuns.

- Alterações fimatosas podem incluir folículos patulosos, espessamento cutâneo, fibrose e uma aparência bulbosa. Muitas vezes, as alterações fimatosas são a característica mais proeminente da doença.
- Regiões periféricas podem ser afetadas, com ou sem outras manifestações faciais.

Abordagem passo a passo do tratamento

Não há uma abordagem de tratamento simples e adequada para todos, e os resultados são frequentemente desapontadores, uma vez que a rosácea pode ser de difícil tratamento. Os medicamentos são muitas vezes testados por tentativa e erro até que se alcance um esquema ideal. Os indivíduos com rosácea devem ser informados de que, embora a doença possa melhorar bastante com tratamento, a cura total é rara. Pacientes diagnosticados com rosácea terão a doença para o resto da vida, com períodos intercalados de maior ou menor controle.[7] [13] [14]

O tratamento se baseia na gravidade do quadro clínico.[15] Tipicamente, ele se inicia com metronidazol tópico ou, em apresentações mais significativas, com um antibiótico oral do grupo das tetraciclinas, como a doxiciclina. Os antibióticos, como a doxiciclina, não são utilizados nesse contexto por suas propriedades antibacterianas, e sim por seus efeitos anti-inflamatórios.[14] [16] [17] [18] Agentes orais anti-inflamatórios e/ou tópicos podem ser utilizados concomitantemente na rosácea moderada. Para os indivíduos com rosácea grave que não respondem ao tratamento padrão, uma abordagem múltipla é apropriada. Pode-se usar terapia combinada com agentes anti-inflamatórios orais e tópicos, bem como antibioticoterapia. Em geral, os esquemas com mais de 2 tratamentos distintos são reservados para rosáceas mais graves.[13] [14] [19]

Continue o tratamento até observar melhora, ou continue indefinidamente para a manutenção, com base na resposta individual. Caso haja inflamação ativa, medicamentos orais podem proporcionar alívio rápido. Uma vez que não há cura para a rosácea, a duração do tratamento é indeterminada. Na melhor das hipóteses, a doença pode alcançar alguma remissão, durante a qual não há necessidade de tratamento médico, ou essa necessidade é apenas intermitente. Não há como prever quem se beneficiará mais com o tratamento e quem poderá deixar de recebê-lo. Após um período de 6 a 12 meses de tratamento contínuo, considere a redução da terapia para determinar a dose mais baixa de medicamentos necessária para controlar os sinais e sintomas. Em geral, a minimização dos sinais e sintomas exige tratamento contínuo por período indefinido. Na rosácea muito grave, o sinais do efeito rebote aparecem imediatamente após a descontinuação do medicamento.

Subtipos 1 (eritemato-telangiectásica) e 2 (pápulo-pustulosa) e forma leve do 3 (fimatosa)

O metronidazol tópico é a terapia inicial mais utilizada no tratamento de formas leves.[19] [20] [21] [22] [23] [24] 1[B]Evidence Um esquema pode começar, tipicamente, com um creme ou gel para eliminação das pápulas inflamatórias. Outras opções de tratamento incluem o ácido azelaico e a sulfacetamida/enxofre.[25] [26] [27] O ácido azelaico está aprovado nos EUA para essa indicação.[17]

Embora muitos médicos iniciem o tratamento com metronidazol tópico, foi demonstrado que as tetraciclinas orais são efetivas, sendo uma opção alternativa.[14] [20] [28] [29] [30] [31] 2[B]Evidence Já se demonstrou que a doxiciclina oral, em particular, diminui o componente acneiforme e elimina a ceratite.[14] [17] [18] Outros antibióticos orais, como metronidazol, ampicilina, sulfametoxazol/trimetoprima, minociclina, azitromicina e claritromicina, podem ser usados, embora eles sejam quase sempre utilizados quando a terapia com doxiciclina e metronidazol tópico não apresenta resultados.[31] [32] [33]

Antibióticos tópicos como a eritromicina e a clindamicina não são comumente utilizados, mas eles podem ser considerados caso a terapia com os outros não funcione, ou se o paciente tiver hipersensibilidade a outros antibióticos tópicos. Eles podem ser usados em conjunto com antibióticos orais. Algumas fontes

também mencionam o uso de antifúngicos tópicos como cetoconazol, mas há poucos dados primários que embasam seu uso.[26] [27]

A brimonidina é uma aplicação tópica que foi aprovada na Europa há vários anos. No início de 2013, ela recebeu a aprovação da Food and Drug Administration (FDA) para uso nos EUA e foi amplamente prescrita, tendo resultados positivos. O mecanismo de ação envolve a vasoconstrição, motivo pelo qual é uma excelente opção de tratamento para pacientes com rosácea eritemato-telangiectásica. Os médicos, no entanto, devem ser cuidadosos quanto à seleção dos pacientes, pois os pacientes ideais são aqueles nos quais a vermelhidão generalizada, ou eritema, é a principal preocupação, e nos quais telangiectasias proeminentes não são evidentes. Espera-se que a vermelhidão generalizada seja minimizada. As telangiectasias proeminentes podem ser acentuadas como resultado do tratamento com brimonidina, o que significa que esses pacientes podem não perceber a diminuição da vermelhidão generalizada. A brimonidina pode ser usada como adjuvante nos subtipos 2 e 3 para o tratamento de eritema:[34] porém, não terá efeito nas pápulas, pústulas ou alterações fimatosas.

Alguns pacientes necessitarão de potencialização com outros agentes tópicos/sistêmicos. Muitas vezes, o médico ou paciente pode não ficar satisfeito com os resultados da antibioticoterapia isolada, e outros agentes podem substituí-la ou complementá-la. Opções de tratamento tópico incluem agentes como ácido azelaico, sulfacetamida/enxofre e peróxido de benzoíla tópicos.[26] [27] É importante avaliar periodicamente a resposta do paciente e monitorá-lo para efeitos colaterais causados pelos medicamentos. Em alguns pacientes, o ácido azelaico tópico pode causar leve irritação, o que pode ser interpretado como uma exacerbação da rosácea.[35] Opções adjuvantes de segunda linha incluem a isotretinoína oral, a tretinoína tópica e a espironolactona, e são adequadas para pacientes com o subtipo 2 (pápulo-pustuloso) moderado ou grave. Para alguns indivíduos com rosácea, principalmente aqueles com rosácea pápulo-pustulosa ou variação inflamatória, o agente antiparasitário tópico ivermectina é uma alternativa eficaz a outras estratégias de tratamento.[10] [36] [37]

Subtipo 3 (fimatosa) grave

Procedimentos invasivos são a principal via terapêutica para os pacientes com rosácea grave do subtipo fimatosa. Os tratamentos eficazes, baseados na experiência clínica, incluíram: decorticação cirúrgica, eletrocirurgia, laser de dióxido de carbono (CO₂), laser de argônio, crioterapia, laser Nd:YAG e bisturi de Shaw.[38] [39] [40] 3[C]Evidence

O tratamento com eletrocirurgia não é caro e está associado a poucas complicações, além de dar bons ou excelentes resultados cosméticos.[41]

Em um estudo comparativo de dois lados da face, compararam-se o laser de CO₂ e a eletrocirurgia; o desfecho cosmético foi semelhante, mas a eletrocirurgia foi mais custo-efetiva.[39] [42]

Em um estudo em que pacientes foram tratados com o laser de argônio, observou-se uma redução da pustulose, bem como uma aparência mais natural e uniforme do nariz.[43]

A crioterapia foi utilizada para se atingir um desfecho "satisfatório" sem formação de cicatrizes.[45]

Já se realizou excisão cirúrgica tanto com lasers[44] quanto com o "bisturi quente" (bisturi de Shaw, lâmina cirúrgica aquecida).[46]

Caso não haja sucesso clínico com esses procedimentos, considere a isotretinoína. Como a isotretinoína é teratogênica, todas as mulheres devem realizar testes de gravidez antes de começar a tomar o medicamento e, depois, realizar testes mensais enquanto o tomam. No Reino Unido, a isotretinoína é

prescrita sob o Pregnancy Prevention Programme (Programa de Prevenção à Gestação), [MHRA: oral retinoids - pregnancy prevention] enquanto nos EUA ela pode ser prescrita somente por meio do sistema iPledge. [iPledge system (for isotretinoin prescribing)] Essas iniciativas visam a reduzir o número de malformações congênitas associadas a este medicamento.

Subtipo 4 (ocular)

As manifestações oculares ocorrem frequentemente em pessoas com rosácea, junto com os sinais faciais mais proeminentes; porém, pode ser difícil reconhecer isso na prática.[5] [47] Não há uma janela de tempo específica para o aparecimento das manifestações oculares; elas podem preceder, seguir, ou ocorrer simultaneamente aos achados cutâneos.

Os tratamentos iniciais incluem lágrimas artificiais e limpeza das pálpebras com água morna, duas vezes ao dia. Caso os sintomas oculares não respondam a essa abordagem, pode-se acrescentar um gel de metronidazol tópico. Em alguns países, utiliza-se o ácido fusídico como alternativa ao metronidazol tópico.

Os antibióticos orais, conforme prescritos para rosácea de subtipos 2 e 3, são úteis no tratamento da rosácea ocular e também podem ser usados como terapia de primeira linha.[47] Para os pacientes com rosácea ocular apenas (sintomas limitados aos olhos), o tratamento com colírio é o mais adequado. No entanto, em pacientes que apresentam outros tipos de rosácea, além das manifestações oculares da doença, considere a administração de antibióticos por via oral como primeira linha. A ciclossporina tópica a 0.05% já se mostrou um tratamento eficaz para as alterações na membrana e na córnea decorrentes de rosácea.[48]

Na rosácea ocular moderada, já se mostrou que o tratamento adjuvante com antibióticos orais é útil. Os pacientes que recebem oxitetraciclina têm uma taxa de melhora dos sinais e sintomas consideravelmente maior, comparada a placebo.[49] 2[B]Evidence Similarmente, a doxiciclina oral já se mostrou eficaz.[50] A azitromicina pode ser uma possível alternativa para o tratamento de rosácea ocular em pacientes com rosácea pápulo-pustulosa.[51]

Telangiectasias

Em muitos casos, as telangiectasias são a característica mais incômoda para o paciente. A laserterapia surgiu como a base do tratamento para alívio imediato das telangiectasias e de parte do eritema de fundo (rubor/vasodilatação persistentes). O laser pulsado de contraste (585-595 nanômetros) é quase sempre o laser de escolha. Esse tratamento minimiza tanto o rubor eritematoso quanto as telangiectasias aparentes. Um estudo demonstrou que os efeitos benéficos do tratamento com laser pulsado de contraste são possivelmente potencializados pelo tratamento concomitante com pomada de tacrolimo.[52] A laserterapia pode ser oferecida a qualquer momento durante o tratamento.[53]

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Em curso

(resumo)

subtipo 1 (eritemato-telangiectásica)

Em curso		(resumo)
	1a	antibióticos/anti-inflamatórios tópicos e/ ou antibióticos orais e/ou brimonidina
	adjunto	peróxido de benzoíla
	adjunto	tratamento com laser ± tacrolimo para telangiectasias e eritema
subtipo 2 (pápulo-pustulosa)		
	1a	antibióticos/anti-inflamatórios tópicos e/ ou antibióticos orais
	adjunto	outros agentes orais ou tópicos
	adjunto	tratamento com laser ± tacrolimo para telangiectasias e eritema
forma leve do subtipo 3 (fimatosa)		
	1a	antibióticos/anti-inflamatórios tópicos e/ ou antibióticos orais
	adjunto	outros agentes tópicos
	adjunto	tratamento com laser ± tacrolimo para telangiectasias e eritema
subtipo 3 (fimatosa) grave		
	1a	procedimentos invasivos (eletrocirurgia/ laser/crioterapia/"bisturi quente")
	2a	isotretinoína oral
	adjunto	tratamento com laser ± tacrolimo para telangiectasias e eritema
subtipo 4 (ocular)		
	1a	lágrimas artificiais e enxágues com água morna
	adjunto	metronidazol tópico
	adjunto	ciclosporina tópica
	adjunto	azitromicina ou tetraciclina orais
	1a	antibióticos orais
	adjunto	metronidazol tópico
	adjunto	ciclosporina tópica

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Em curso

subtipo 1 (eritemato-telangiectásica)

1a antibióticos/anti-inflamatórios tópicos e/ou antibióticos orais e/ou brimonidina

Opções primárias

» **metronidazol tópico**: (0.75 ou 1%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) uma ou duas vezes ao dia

OU

» **ácido azelaico tópico**: (15 ou 20%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **sulfacetamida/enxofre tópico**: (10/5%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **doxiciclina**: 100 mg por via oral uma ou duas vezes ao dia; 40 mg por via oral (liberação bifásica) uma vez ao dia pela manhã

O medicamento de liberação bifásica especificamente indicado para rosácea contém 30 mg de doxiciclina (liberação imediata), mais 10 mg de doxiciclina (liberação retardada). Estudos sugerem que uma dose de 40 mg/dia (liberação bifásica) é adequada. Contudo, os médicos podem dosar de 40 mg/dia (liberação bifásica) a 200 mg/dia (liberação imediata). A decisão de usar essas doses variáveis geralmente baseia-se no que será coberto pelo convênio médico e na gravidade da rosácea.

OU

» **tetraciclina**: 250-500 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

Em curso

» **brimonidina tópica**: (0.33%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) uma vez ao dia

Opções secundárias

» **eritromicina tópica**: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **clindamicina tópica**: (1%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **metronidazol**: 200 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

» **ampicilina**: 250 mg por via oral duas a três vezes ao dia

Opções terciárias

» **minociclina**: 100 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

» **azitromicina**: 250-500 mg por via oral três vezes por semana

OU

» **terbinafina tópica**: (1%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **claritromicina**: 250 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

» **sulfametoxazol/trimetoprima**: 400/80 mg por via oral duas vezes ao dia

» O metronidazol tópico é a terapia inicial mais utilizada no tratamento da rosácea eritemato-telangiectásica.^{[14] [19] [20] [21] [22] [23] [24] 1[B]Evidence} Um esquema pode começar, tipicamente, com um creme ou gel para eliminação das pápulas inflamatórias. Outras opções de tratamento tópico incluem o ácido

Em curso

azelaico e a sulfacetamida/enxofre.[26] [27] O ácido azelaico está aprovado nos EUA para essa indicação.[17]

» Outros antibióticos tópicos, como eritromicina e clindamicina, não são tão comumente utilizados, mas podem ser considerados caso a terapia com outros antibióticos tópicos não funcione, ou se o paciente tem hipersensibilidade a outros antibióticos tópicos.

» Embora muitos médicos iniciem o tratamento com metronidazol tópico, foi demonstrado que as tetraciclina orais são efetivas, sendo uma excelente opção alternativa.[14] [20] [28] [29] [30] [31] 2[B]Evidence Já se demonstrou que a doxiciclina oral, em particular, diminui o componente acneiforme e elimina a ceratite. Apesar de a doxiciclina geralmente ser considerada um antibiótico, ela é usada no tratamento de rosácea por suas propriedades anti-inflamatórias (como em muitas outras afecções dermatológicas).[14] [16] [17] [18]

» Outros antibióticos orais, como o metronidazol, a ampicilina, o sulfametoxazol/trimetoprima, a minociclina, a azitromicina e a claritromicina, ou creme de terbinafina a 1%[54] podem ser usados, embora eles sejam quase sempre utilizados quando a terapia com doxiciclina e metronidazol tópico não apresenta resultados.[32] [33]

» Outros antibióticos tópicos, como metronidazol, eritromicina ou clindamicina, ou ácido azelaico ou sulfacetamida/enxofre, podem ser usados em conjunto com outros antibióticos orais, caso o tratamento com outros antibióticos tópicos não funcione, ou se o paciente tiver hipersensibilidade a outros antibióticos tópicos.

» É importante avaliar periodicamente a resposta do paciente e monitorá-lo para efeitos colaterais causados pelos medicamentos. Em alguns pacientes, o ácido azelaico tópico pode causar leve irritação, o que pode ser interpretado como uma exacerbação da rosácea.[17] [35]

» A brimonidina é uma aplicação tópica com um mecanismo de ação que envolve vasoconstrição, motivo pelo qual é uma opção adequada para pacientes nos quais eritema é a preocupação principal.[34] Pode ser adequada para uso em pacientes com telangiectasias proeminentes, pois estas podem ser acentuadas como resultado do tratamento, o que significa que os pacientes podem não perceber uma

Em curso

diminuição geral na vermelhidão. A brimonidina pode ser utilizada em monoterapia quando a vermelhidão generalizada é o único sinal significativo, e pode ser usada em conjunto com outros medicamentos para a doença do tipo 1.

» Continue o tratamento até haver melhora (normalmente, 6-12 meses); depois considere reduzir as doses para as mínimas necessárias para controle dos sinais e sintomas. No entanto, alguns pacientes observam efeito rebote dos sinais e sintomas após a redução da dose ou interrupção do tratamento, e esses pacientes requerem doses padrão indefinidamente.

adjunto peróxido de benzoíla

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **peróxido de benzoíla tópico:** (5-10%)
aplicar na(s) área(s) afetada(s) uma ou duas vezes ao dia

» Muitas vezes, o médico ou o paciente pode não ficar satisfeito com os resultados da antibioticoterapia isolada, e medicamentos adicionais podem complementá-la. Não há um algoritmo simples de tratamento que seja adequado para todos, e esses medicamentos são muitas vezes testados por tentativa e erro até que se alcance um esquema ideal.

» As opções de tratamento tópico incluem peróxido de benzoíla tópico.

» Continue o tratamento até haver melhora (normalmente, 6-12 meses); depois considere reduzir as doses para as mínimas necessárias para controle dos sinais e sintomas. No entanto, alguns pacientes observam efeito rebote dos sinais e sintomas após a redução da dose ou interrupção do tratamento, e esses pacientes requerem doses padrão indefinidamente.

adjunto tratamento com laser ± tacrolimo para telangiectasias e eritema

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **tacrolimo tópico:** consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Em muitos casos, as telangiectasias são a característica mais incômoda para o paciente. Para alívio imediato das telangiectasias e

Em curso

de parte do eritema (rubor/vasodilatação persistentes), o tratamento é a laserterapia. O laser pulsado de contraste (585-595 nanômetros [nm]) é quase sempre o laser de escolha. Porém, demonstrou-se que o laser 532 nm promove melhora geral da vermelhidão, da textura da pele e das telangiectasias quando combinado com o retinaldeído.[55] Esse tratamento minimiza tanto o rubor eritematoso quanto as telangiectasias aparentes. Um estudo demonstrou que os efeitos benéficos do tratamento com laser pulsado de contraste são possivelmente potencializados pelo tratamento concomitante com pomada de tacrolimo.[52] A laserterapia pode ser oferecida a qualquer momento durante o tratamento.[53] [56]

subtipo 2 (pápulo-pustulosa)

1a antibióticos/anti-inflamatórios tópicos e/ou antibióticos orais

Opções primárias

» **metronidazol tópico**: (0.75 ou 1%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) uma ou duas vezes ao dia

OU

» **ácido azelaico tópico**: (15 ou 20%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **sulfacetamida/enxofre tópico**: (10/5%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **doxiciclina**: 100 mg por via oral uma ou duas vezes ao dia; 40 mg por via oral (liberação bifásica) uma vez ao dia pela manhã

O medicamento de liberação bifásica especificamente indicado para rosácea contém 30 mg de doxiciclina (liberação imediata), mais 10 mg de doxiciclina (liberação retardada). Estudos sugerem que uma dose de 40 mg/dia (liberação bifásica) é adequada. Contudo, os médicos podem dosar de 40 mg/dia (liberação bifásica) a 200 mg/dia (liberação imediata). A decisão de usar essas doses variáveis geralmente baseia-se no que será coberto pelo convênio médico e na gravidade da rosácea.

Em curso

OU

» **tetraciclina**: 250-500 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

» **ivermectina tópica**: (1%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) uma vez ao dia

Opções secundárias

» **eritromicina tópica**: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **clindamicina tópica**: (1%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **metronidazol**: 200 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

» **ampicilina**: 250 mg por via oral duas a três vezes ao dia

Opções terciárias

» **minociclina**: 100 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

» **azitromicina**: 250-500 mg por via oral três vezes por semana

OU

» **terbinafina tópica**: (1%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **claritromicina**: 250 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

» **sulfametoxazol/trimetoprima**: 400/80 mg por via oral duas vezes ao dia

Em curso

- » O metronidazol tópico é a terapia inicial mais utilizada no tratamento da rosácea pápulo-pustulosa.[14] [19] [20] [21] [22] [23] [24] 1[B]Evidence Um esquema pode começar, tipicamente, com um creme ou gel para eliminação das pápulas inflamatórias. Outras opções de tratamento tópico incluem agentes como ácido azelaico e sulfacetamida/enxofre.[25] [26] [27] O ácido azelaico está aprovado nos EUA para essa indicação.[17]
- » Outros antibióticos tópicos, como eritromicina e clindamicina, não são tão comumente utilizados, mas podem ser considerados caso a terapia com outros antibióticos tópicos não funcione, ou se o paciente tem hipersensibilidade a outros antibióticos tópicos. Evidências para manejo bem-sucedido de rosácea foram alcançadas com o agente antiparasitário tópico ivermectina. Para alguns indivíduos com rosácea, principalmente aqueles com rosácea pápulo-pustulosa ou variação inflamatória, o agente antiparasitário tópico ivermectina é uma alternativa eficaz a outras estratégias de tratamento.[10] [36] [37]
- » Embora muitos médicos iniciem o tratamento com metronidazol tópico, foi demonstrado que as tetraciclinas orais são efetivas, sendo uma excelente opção alternativa.[14] [20] [28] [29] [30] [31] 2[B]Evidence Já se demonstrou que a doxiciclina oral, em particular, diminui o componente acneiforme e elimina a ceratite. Apesar de a doxiciclina geralmente ser considerada um antibiótico, ela é usada no tratamento de rosácea por suas propriedades anti-inflamatórias (como em muitas outras afecções dermatológicas).[14] [16] [17] [18]
- » Outros antibióticos orais, como o metronidazol, a ampicilina, o sulfametoxazol/trimetoprima, a minociclina, a azitromicina e a claritromicina, ou creme de terbinafina tópica a 1%[54] podem ser usados, embora eles sejam quase sempre utilizados quando a terapia com doxiciclina oral e metronidazol tópico não apresenta resultados.[32] [33]
- » Outros antibióticos tópicos, como metronidazol, eritromicina ou clindamicina, ou ácido azelaico ou sulfacetamida/enxofre, podem ser usados em conjunto com outros antibióticos orais, caso o tratamento com outros antibióticos tópicos não funcione, ou se o paciente tiver hipersensibilidade a outros antibióticos tópicos.
- » É importante avaliar periodicamente a resposta do paciente e monitorá-lo para efeitos

Em curso

colaterais causados pelos medicamentos. Em alguns pacientes, o ácido azelaico tópico pode causar leve irritação, o que pode ser interpretado como uma exacerbação da rosácea.[17] [35]

» Continue o tratamento até haver melhora (normalmente, 6-12 meses); depois considere reduzir as doses para as mínimas necessárias para controle dos sinais e sintomas. No entanto, alguns pacientes observam efeito rebote dos sinais e sintomas após a redução da dose ou interrupção do tratamento, e esses pacientes requerem doses padrão indefinidamente.

adjunto outros agentes orais ou tópicos

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **peróxido de benzoíla tópico:** (5-10%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) uma ou duas vezes ao dia

OU

» **brimonidina tópica:** (0.33%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) uma vez ao dia

Opções secundárias

» **isotretinoína:** 0.5 a 1 mg/kg/dia por via oral administrado em 2 doses fracionadas

OU

» **tretinoína tópica:** (0.025%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) uma ou duas vezes ao dia por 6-12 meses

OU

» **espironolactona:** 50 mg por via oral uma vez ao dia por 4 semanas

» Alguns pacientes precisarão de aumento com uma combinação de agentes tópicos/sistêmicos. Muitas vezes, o médico ou o paciente pode não ficar satisfeito com os resultados da antibioticoterapia isolada, e medicamentos adicionais podem complementá-la. Não há um algoritmo simples de tratamento que seja adequado para todos, e esses medicamentos são muitas vezes testados por tentativa e erro até que se alcance um esquema ideal.

Em curso

» As opções de tratamento tópico incluem peróxido de benzoíla e brimonidina tópicos.

» A brimonidina é uma aplicação tópica com um mecanismo de ação que envolve vasoconstrição, motivo pelo qual é uma opção adequada somente para o tratamento de eritema.^[34] No entanto, ela pode ser usada como tratamento adjuvante em caso de doença do subtipo 2 para diminuir a vermelhidão, embora não tenha efeito sobre pápulas ou pústulas.

» Agentes orais de segunda linha incluem isotretinoína, tretinoína tópica e espironolactona, e são adequados para pacientes com a doença do subtipo 2 (pápulo-pustulosa) moderada a grave.

» Como a isotretinoína é teratogênica, todas as mulheres devem realizar testes de gravidez antes de começar a tomar o medicamento e, depois, realizar testes mensais enquanto o tomam.

» No Reino Unido, a isotretinoína é prescrita sob o Pregnancy Prevention Programme (Programa de Prevenção à Gestação), [\[MHRA: oral retinoids - pregnancy prevention\]](#) enquanto nos EUA ela pode ser prescrita somente por meio do sistema iPledge. [\[iPledge system \(for isotretinoin prescribing\)\]](#) Essas iniciativas visam a reduzir o número de malformações congênicas associadas a este medicamento.

» Continue o tratamento até haver melhora (normalmente, 6-12 meses); depois considere reduzir as doses para as mínimas necessárias para controle dos sinais e sintomas. No entanto, alguns pacientes observam efeito rebote dos sinais e sintomas após a redução da dose ou interrupção do tratamento, e esses pacientes requerem doses padrão indefinidamente.

adjunto **tratamento com laser ± tacrolimo para telangiectasias e eritema**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **tacrolimo tópico**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Em muitos casos, as telangiectasias são a característica mais incômoda para o paciente. Para alívio imediato das telangiectasias e de parte do eritema (rubor/vasodilatação

Em curso

persistentes), o tratamento é a laserterapia. O laser pulsado de contraste (585-595 nm) é quase sempre o laser de escolha. Porém, demonstrou-se que o laser 532 nm promove melhora geral da vermelhidão, da textura da pele e das telangiectasias quando combinado com o retinaldeído.[55] Esse tratamento minimiza tanto o rubor eritematoso quanto as telangiectasias aparentes. Um estudo demonstrou que os efeitos benéficos do tratamento com laser pulsado de contraste são possivelmente potencializados pelo tratamento concomitante com pomada de tacrolimo.[52] A laserterapia pode ser oferecida a qualquer momento durante o tratamento.[53] [56]

forma leve do subtipo 3 (fimatosa)

1a antibióticos/anti-inflamatórios tópicos e/ou antibióticos orais

Opções primárias

» **metronidazol tópico**: (0.75 ou 1%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) uma ou duas vezes ao dia

OU

» **ácido azelaico tópico**: (15 ou 20%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **sulfacetamida/enxofre tópico**: (10/5%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **doxiciclina**: 100 mg por via oral uma ou duas vezes ao dia; 40 mg por via oral (liberação bifásica) uma vez ao dia pela manhã

O medicamento de liberação bifásica especificamente indicado para rosácea contém 30 mg de doxiciclina (liberação imediata), mais 10 mg de doxiciclina (liberação retardada). Estudos sugerem que uma dose de 40 mg/dia (liberação bifásica) é adequada. Contudo, os médicos podem dosar de 40 mg/dia (liberação bifásica) a 200 mg/dia (liberação imediata). A decisão de usar essas doses variáveis geralmente baseia-se no que será coberto pelo convênio médico e na gravidade da rosácea.

Em curso

OU

» **tetraciclina**: 250-500 mg por via oral duas vezes ao dia

Opções secundárias

» **eritromicina tópica**: (2%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **clindamicina tópica**: (1%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **metronidazol**: 200 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

» **ampicilina**: 250 mg por via oral duas a três vezes ao dia

Opções terciárias

» **minociclina**: 100 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

» **azitromicina**: 250-500 mg por via oral três vezes por semana

OU

» **terbinafina tópica**: (1%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) duas vezes ao dia

OU

» **claritromicina**: 250 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

» **sulfametoxazol/trimetoprima**: 400/80 mg por via oral duas vezes ao dia

» O metronidazol tópico é a terapia inicial mais utilizada no tratamento da rosácea fimatosa leve.^{[14] [19] [20] [21] [22] [23] [24] 1[B]}^{Evidence} Um esquema pode começar, tipicamente, com um creme ou gel para eliminação das pápulas

Em curso

inflamatórias. Outras opções de tratamento tópico incluem agentes como ácido azelaico e sulfacetamida/enxofre.[26] [27] O ácido azelaico está aprovado nos EUA para essa indicação.[17]

» Outros antibióticos tópicos, como eritromicina e clindamicina, não são tão comumente utilizados, mas podem ser considerados caso a terapia com outros antibióticos tópicos não funcione, ou se o paciente tem hipersensibilidade a outros antibióticos tópicos.

» Embora muitos médicos iniciem o tratamento com metronidazol tópico, foi demonstrado que as tetraciclinas orais são efetivas, sendo uma excelente opção alternativa.[14] [20] [28] [29] [30] [31] 2[B]Evidence Já se demonstrou que a doxiciclina oral, em particular, diminui o componente acneiforme e elimina a ceratite. Apesar de a doxiciclina geralmente ser considerada um antibiótico, ela é usada no tratamento de rosácea por suas propriedades anti-inflamatórias (como em muitas outras afecções dermatológicas).[14] [16] [17] [18]

» Outros antibióticos orais, como o metronidazol, a ampicilina, o sulfametoxazol/trimetoprima, a minociclina, a azitromicina e a claritromicina, ou creme de terbinafina tópica a 1%[54] podem ser usados, embora eles sejam quase sempre utilizados quando a terapia com doxiciclina oral e metronidazol tópico não apresenta resultados.[32] [33]

» Outros antibióticos tópicos, como metronidazol, eritromicina ou clindamicina, ou ácido azelaico ou sulfacetamida/enxofre, podem ser usados em conjunto com outros antibióticos orais, caso o tratamento com outros antibióticos tópicos não funcione, ou se o paciente tiver hipersensibilidade a outros antibióticos tópicos.

» É importante avaliar periodicamente a resposta do paciente e monitorá-lo para efeitos colaterais causados pelos medicamentos. Em alguns pacientes, o ácido azelaico tópico pode causar leve irritação, o que pode ser interpretado como uma exacerbação da rosácea.[17] [35]

» Continue o tratamento até haver melhora (normalmente, 6-12 meses); depois considere reduzir as doses para as mínimas necessárias para controle dos sinais e sintomas. No entanto, alguns pacientes observam efeito rebote dos sinais e sintomas após a redução da dose ou interrupção do tratamento, e esses pacientes requerem doses padrão indefinidamente.

Em curso

adjunto **outros agentes tópicos**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **peróxido de benzoíla tópico:** (5-10%)
aplicar na(s) área(s) afetada(s) uma ou duas vezes ao dia

OU

» **brimonidina tópica:** (0.33%) aplicar na(s) área(s) afetada(s) uma vez ao dia

» Alguns pacientes precisarão de aumento com uma combinação de agentes tópicos. Muitas vezes, o médico ou o paciente pode não ficar satisfeito com os resultados da antibioticoterapia isolada, e medicamentos adicionais podem complementá-la. Não há um algoritmo simples de tratamento que seja adequado para todos, e esses medicamentos são muitas vezes testados por tentativa e erro até que se alcance um esquema ideal.

» As opções de tratamento tópico incluem peróxido de benzoíla e brimonidina tópicos.

» A brimonidina é uma aplicação tópica com um mecanismo de ação que envolve vasoconstrição, motivo pelo qual é uma opção adequada somente para o tratamento de eritema.[34] No entanto, ela pode ser usada como tratamento adjuvante em caso de doença do subtipo 3 para diminuir a vermelhidão, embora não tenha efeito sobre alterações fimatosas.

» Continue o tratamento até haver melhora (normalmente, 6-12 meses); depois considere reduzir as doses para as mínimas necessárias para controle dos sinais e sintomas. No entanto, alguns pacientes observam efeito rebote dos sinais e sintomas após a redução da dose ou interrupção do tratamento, e esses pacientes requerem doses padrão indefinidamente.

adjunto **tratamento com laser ± tacrolimo para telangiectasias e eritema**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **tacrolimo tópico:** consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

Em curso

» Em muitos casos, as telangiectasias são a característica mais incômoda para o paciente. Para alívio imediato das telangiectasias e de parte do eritema (rubor/vasodilatação persistentes), o tratamento é a laserterapia. O laser pulsado de contraste (585-595 nm) é quase sempre o laser de escolha. Porém, demonstrou-se que o laser 532 nm promove melhora geral da vermelhidão, da textura da pele e das telangiectasias quando combinado com o retinaldeído.^[55] Esse tratamento minimiza tanto o rubor eritematoso quanto as telangiectasias aparentes. Um estudo demonstrou que os efeitos benéficos do tratamento com laser pulsado de contraste são possivelmente potencializados pelo tratamento concomitante com pomada de tacrolimo.^[52] A laserterapia pode ser oferecida a qualquer momento durante o tratamento.^{[53] [56]}

subtipo 3 (fimatosa) grave

1a

procedimentos invasivos (eletrocirurgia/laser/crioterapia/"bisturi quente")

» Os tratamentos mais eficazes, baseados na experiência clínica, incluem a decorticação cirúrgica, a eletrocirurgia, o laser de dióxido de carbono (CO₂), o laser de argônio, a crioterapia, o laser Nd:YAG e o bisturi de Shaw.^{[38] [39] [40] 3[C]Evidence}

» O tratamento com eletrocirurgia não é caro e está associado a poucas complicações, além de dar bons ou excelentes resultados cosméticos.^[41]

» Em um estudo comparativo de dois lados da face, compararam-se o laser de CO₂ e a eletrocirurgia; o desfecho cosmético foi semelhante, mas a eletrocirurgia foi mais custo-efetiva.^{[39] [42]}

» Em um estudo em que pacientes foram tratados com o laser de argônio, observou-se uma redução da pustulose, bem como uma aparência mais natural e uniforme do nariz.^[43]

» A crioterapia foi utilizada para se atingir um desfecho "satisfatório" sem formação de cicatrizes.^[45]

» Já se realizou excisão cirúrgica tanto com lasers^[44] quanto com o "bisturi quente" (bisturi de Shaw, lâmina cirúrgica aquecida).^[46]

2a

isotretinoína oral**Opções primárias**

Em curso

» **isotretinoína**: 0.5 a 1 mg/kg/dia por via oral administrado em 2 doses fracionadas

» Caso não haja sucesso clínico com procedimentos cirúrgicos, considere a isotretinoína por via oral.[57]

» Como a isotretinoína é teratogênica, todas as mulheres devem realizar testes de gravidez antes de começar a tomar o medicamento e, depois, realizar testes mensais enquanto o tomam.

» No Reino Unido, a isotretinoína é prescrita sob o Pregnancy Prevention Programme (Programa de Prevenção à Gestação), [MHRA: oral retinoids - pregnancy prevention] enquanto nos EUA ela pode ser prescrita somente por meio do sistema iPledge. [iPledge system (for isotretinoin prescribing)] Essas iniciativas visam a reduzir o número de malformações congênitas associadas a este medicamento.

» Continue o tratamento até haver melhora (normalmente, 6-12 meses); depois considere reduzir as doses para as mínimas necessárias para controle dos sinais e sintomas. No entanto, alguns pacientes observam efeito rebote dos sinais e sintomas após a redução da dose ou interrupção do tratamento, e esses pacientes requerem doses padrão indefinidamente.

adjunto **tratamento com laser ± tacrolimo para telangiectasias e eritema**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **tacrolimo tópico**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Em muitos casos, as telangiectasias são a característica mais incômoda para o paciente. Para alívio imediato das telangiectasias e de parte do eritema (rubor/vasodilatação persistentes), o tratamento é a laserterapia. O laser pulsado de contraste (585-595 nm) é quase sempre o laser escolhido. Esse tratamento minimiza tanto o rubor eritematoso quanto as telangiectasias aparentes. Um estudo demonstrou que os efeitos benéficos do tratamento com laser pulsado de contraste são possivelmente potencializados pelo tratamento concomitante com pomada de tacrolimo.[52] A laserterapia pode ser oferecida a qualquer momento durante o tratamento.[53]

Em curso

subtipo 4 (ocular)

1a **lágrimas artificiais e enxágues com água morna**

» As manifestações oculares ocorrem frequentemente em pessoas com rosácea, junto com os sinais faciais mais proeminentes; porém, pode ser difícil reconhecer isso na prática.^[5]
^[47]

» Não há uma janela de tempo específica para o aparecimento das manifestações oculares; elas podem preceder, seguir, ou ocorrer simultaneamente aos achados cutâneos.

» As terapias que se mostraram mais efetivas no tratamento de rosácea ocular incluem lágrimas artificiais e limpeza das pálpebras com água morna duas vezes ao dia.

» Continue o tratamento até haver melhora (normalmente, 6-12 meses); depois considere reduzir as doses para as mínimas necessárias para controle dos sinais e sintomas. No entanto, alguns pacientes observam efeito rebote dos sinais e sintomas após a redução da dose ou interrupção do tratamento, e esses pacientes requerem doses padrão indefinidamente.

adjunto **metronidazol tópico**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **metronidazol tópico:** (0.75%) aplicar na(s) pálpebra(s) duas vezes ao dia

» Caso os sintomas oculares não respondam às lágrimas artificiais e à limpeza com água morna somente, pode-se usar um gel de metronidazol tópico.

» Em alguns países, utiliza-se o ácido fusídico como alternativa ao metronidazol tópico.

» Continue o tratamento até haver melhora (normalmente, 6-12 meses); depois considere reduzir as doses para as mínimas necessárias para controle dos sinais e sintomas. No entanto, alguns pacientes observam efeito rebote dos sinais e sintomas após a redução da dose ou interrupção do tratamento, e esses pacientes requerem doses padrão indefinidamente.

adjunto **ciclosporina tópica**

Em curso

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **ciclosporina (solução oftálmica)**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» A ciclosporina tópica a 0.05% já se mostrou um tratamento eficaz para as alterações na membrana e na córnea decorrentes de rosácea.[14] [48]

» Continue o tratamento até haver melhora (normalmente, 6-12 meses); depois considere reduzir as doses para as mínimas necessárias para controle dos sinais e sintomas. No entanto, alguns pacientes observam efeito rebote dos sinais e sintomas após a redução da dose ou interrupção do tratamento, e esses pacientes requerem doses padrão indefinidamente.

adjunto azitromicina ou tetraciclina orais

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **doxiciclina**: 100 mg por via oral uma ou duas vezes ao dia; 40 mg por via oral (liberação bifásica) uma vez ao dia pela manhã

O medicamento de liberação bifásica especificamente indicado para rosácea contém 30 mg de doxiciclina (liberação imediata), mais 10 mg de doxiciclina (liberação retardada). Estudos sugerem que uma dose de 40 mg/dia (liberação bifásica) é adequada. Contudo, os médicos podem dosar de 40 mg/dia (liberação bifásica) a 200 mg/dia (liberação imediata). A decisão de usar essas doses variáveis geralmente baseia-se no que será coberto pelo convênio médico e na gravidade da rosácea.

Opções secundárias

» **azitromicina**: 250-500 mg por via oral três vezes por semana

» Na rosácea ocular moderada, já se provou que o tratamento adjuvante com antibióticos orais é útil.

» Em alguns países, utiliza-se a oxitetraciclina como alternativa à doxiciclina.

Em curso

» A azitromicina pode ser uma possível alternativa para o tratamento de rosácea ocular em pacientes com rosácea pápulo-pustulosa.^[51]

» Continue o tratamento até haver melhora (normalmente, 6-12 meses); depois considere reduzir as doses para as mínimas necessárias para controle dos sinais e sintomas. No entanto, alguns pacientes observam efeito rebote dos sinais e sintomas após a redução da dose ou interrupção do tratamento, e esses pacientes requerem doses padrão indefinidamente.

1a **antibióticos orais****Opções primárias**

» **doxiciclina**: 100 mg por via oral uma ou duas vezes ao dia; 40 mg por via oral (liberação bifásica) uma vez ao dia pela manhã

O medicamento de liberação bifásica especificamente indicado para rosácea contém 30 mg de doxiciclina (liberação imediata), mais 10 mg de doxiciclina (liberação retardada). Estudos sugerem que uma dose de 40 mg/dia (liberação bifásica) é adequada. Contudo, os médicos podem dosar de 40 mg/dia (liberação bifásica) a 200 mg/dia (liberação imediata). A decisão de usar essas doses variáveis geralmente baseia-se no que será coberto pelo convênio médico e na gravidade da rosácea.

OU

» **tetraciclina**: 250-500 mg por via oral duas vezes ao dia

Opções secundárias

» **metronidazol**: 200 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

» **ampicilina**: 250 mg por via oral duas a três vezes ao dia

Opções terciárias

» **minociclina**: 100 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

Em curso

» **azitromicina**: 250-500 mg por via oral três vezes por semana

OU

» **claritromicina**: 250 mg por via oral duas vezes ao dia

OU

» **sulfametoxazol/trimetoprima**: 400/80 mg por via oral duas vezes ao dia

» Os antibióticos orais, conforme prescritos para rosácea de subtipos 2 e 3, são úteis no tratamento de rosácea ocular e também podem ser usados como terapia de primeira linha. Para os pacientes com rosácea ocular apenas (sintomas limitados aos olhos), o tratamento com colírio é o mais adequado. No entanto, em pacientes que apresentam outros tipos de rosácea, além das manifestações oculares da doença, considere a administração de antibióticos por via oral como primeira linha.

» Apesar de a doxiciclina geralmente ser considerada um antibiótico, ela é usada no tratamento de rosácea por suas propriedades anti-inflamatórias (como em muitas outras afecções dermatológicas).[16]

» Outros antibióticos orais, como metronidazol, ampicilina, sulfametoxazol/trimetoprima, minociclina, azitromicina ou claritromicina, podem ser usados, embora eles sejam quase sempre utilizados quando a terapia com doxiciclina e metronidazol tópico não apresenta resultados.[32] [33]

» Continue o tratamento até haver melhora (normalmente, 6-12 meses); depois considere reduzir as doses para as mínimas necessárias para controle dos sinais e sintomas. No entanto, alguns pacientes observam efeito rebote dos sinais e sintomas após a redução da dose ou interrupção do tratamento, e esses pacientes requerem doses padrão indefinidamente.

adjunto**metronidazol tópico**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **metronidazol tópico**: (0.75%) aplicar na(s) pálpebra(s) duas vezes ao dia

Em curso

- » Se os pacientes não responderem a antibióticos orais isolados, metronidazol tópico poderá ser usado.
- » Em alguns países, utiliza-se o ácido fusídico como alternativa ao metronidazol tópico.
- » Continue o tratamento até haver melhora (normalmente, 6-12 meses); depois considere reduzir as doses para as mínimas necessárias para controle dos sinais e sintomas. No entanto, alguns pacientes observam efeito rebote dos sinais e sintomas após a redução da dose ou interrupção do tratamento, e esses pacientes requerem doses padrão indefinidamente.

adjunto

ciclosporina tópica

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **ciclosporina (solução oftálmica)**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

- » Pacientes nos quais os antibióticos orais não apresentam resposta suficiente podem se beneficiar da adição de ciclosporina tópica.
- » A ciclosporina tópica a 0.05% já se mostrou um tratamento eficaz para as alterações na membrana e na córnea decorrentes de rosácea.[14] [48]
- » Continue o tratamento até haver melhora (normalmente, 6-12 meses); depois considere reduzir as doses para as mínimas necessárias para controle dos sinais e sintomas. No entanto, alguns pacientes observam efeito rebote dos sinais e sintomas após a redução da dose ou interrupção do tratamento, e esses pacientes requerem doses padrão indefinidamente.

Novidades

Pimecrolimo

Para tratar-se apenas o eritema na rosácea e a rosácea induzida por esteroides, um inibidor da calcineurina tópico, o pimecrolimo, surgiu como uma alternativa de tratamento.[58] [59] [60] [61] Deve-se observar, porém, que ele não se mostrou eficaz no tratamento do componente pápulo-pustuloso da rosácea,[62] e não demonstrou ser superior ao metronidazol tópico, mais comum e bem mais barato.[59] No entanto, ele pode ser acrescentado ao arsenal de opções de tratamento, talvez para pacientes que têm apenas eritema e rubor leves e para aqueles que não responderam a outros tratamentos (como com metronidazol tópico ou ácido azelaico). Ele também pode ser usado como uma alternativa eficaz no tratamento de rosácea induzida por esteroides.

Sulfato de zinco

O sulfato de zinco oral já demonstrou eficácia no tratamento da rosácea, com efeitos colaterais mínimos.[63] Porém, em outro estudo, mais recente, ele não se mostrou mais efetivo que o placebo.[64]

Diglicinato de azeloil potássio e hidroxipropil quitosana

Com base em suas propriedades emolientes e presuntivamente anti-inflamatórias, foi demonstrado que um creme de diglicinato de azeloil potássio e hidroxipropil quitosana pode ser um bom candidato para o controle de sinais e sintomas de rosácea. Deve-se observar, porém, que, apesar de esse achado ter surgido em um estudo de grupos paralelos, randomizado e placebo-controlado, o número de pacientes que receberam tratamento e o placebo eram pequenos, e os achados ainda têm de ser corroborados.[65]

Gel de clindamicina e tretinoína

Um estudo piloto que utilizou um gel combinado de clindamicina e tretinoína observou uma melhora, no grupo de tratamento, na rosácea eritemato-telangiectásica, mas não na rosácea pápulo-pustulosa.[66] Essa abordagem pode ser considerada quando outros tratamentos tópicos padrão não funcionam.

Permetrina

Um pequeno estudo randomizado e controlado que comparou o gel de permetrina tópica a 5% com placebo em indivíduos com rosácea pápulo-pustulosa bilateral (subtipo 2) demonstrou uma melhora nos sintomas e a redução da densidade dos ácaros demodex.[67] São necessários outros estudos para avaliar a eficácia e segurança da permetrina neste contexto.

Recomendações

Monitoramento

Como não há cura para a rosácea, o acompanhamento e o monitoramento costumam durar por tempo indefinido e conforme a necessidade do paciente.

Muitos indivíduos com formas leves da doença e que respondem bem a tratamentos tópicos ou orais podem ser examinados, anual ou bianualmente, para reposição dos medicamentos, sem agravamento significativo dos sintomas. Os indivíduos mais gravemente afetados exigem monitoramento mais frequente, às vezes mensal, para ajustes nos esquemas de tratamento. Esses pacientes podem exigir múltiplos tratamentos tópicos e sistêmicos, e podem ser submetidos a procedimentos cirúrgicos regulares para ablação da doença fimatosa mais grave.

Hemogramas completos, perfis lipídicos e testes da função hepática são monitorados regularmente em todos os pacientes sob tratamento com isotretinoína. Mulheres também necessitam de testes de gravidez mensais para continuar o tratamento com isotretinoína.

Instruções ao paciente

Aconselhe os pacientes a usarem um diário para monitorar seu estilo de vida e os fatores ambientais que podem estar desencadeando os sintomas; os fatores desencadeantes comuns incluem comidas apimentadas, bebidas quentes e bebidas alcoólicas. Pode ser útil fornecer aos pacientes uma lista impressa dos possíveis fatores desencadeantes a serem evitados. Isso também é uma forma útil de identificar qualquer fator desencadeante a que o paciente pode estar sendo exposto sem saber. É imperativo que os fatores desencadeantes específicos para cada indivíduo sejam identificados antes da implementação da terapia. No entanto, por mais disciplinados que sejam os pacientes ao evitarem os fatores desencadeantes, isso nem sempre impede que a rosácea progrida.

Como medida conservadora, estimule a aplicação diária de um filtro solar que proteja contra as radiações UV-A (ultravioleta A) e UV-B. Além disso, aconselhe o uso de chapéus de aba larga e a não exposição ao sol do meio-dia.

Os indivíduos com os subtipos eritemato-telangiectásico e pápulo-pustuloso costumam descrever sensibilidade a vários agentes cosméticos. Produtos e ingredientes como adstringentes, tônicos, mentol, cânfora e lauril sulfato de sódio (um componente essencial na maioria dos xampus) podem ser bastante agressivos para a pele, causando agravamento da doença. Um agente de limpeza suave sem sabão, aplicado com os dedos, é melhor tolerado. Ele pode ser seguido por um emoliente suave, preferencialmente com fator de proteção solar (FPS) mínimo de 15.

Pacientes diagnosticados com rosácea terão a doença para o resto da vida, com períodos intercalados de maior ou menor controle. Portanto, os pacientes devem ser informados de que, embora a doença possa melhorar bastante com tratamento, sua cura não é possível.

Prognóstico

O prognóstico e a perspectiva em longo prazo variam consideravelmente:

- Muitas pessoas não têm consciência de sua doença e não optariam por qualquer tratamento específico, nem se tivessem escolha. Os indivíduos com formas leves de rosácea podem controlar seus sintomas apenas evitando fatores desencadeantes vasodilatadores e irritantes.
- Muitos indivíduos com rosácea ficam bastante satisfeitos com a resposta ao tratamento, tendo apenas sintomas leves, possivelmente apenas rubor esporádico, e não precisarão de qualquer medicamento regular.
- Outros pacientes não observam melhora satisfatória, apesar dos grandes esforços para controlar os sintomas e da grande variedade de modalidades de tratamento.

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Ocular rosacea

Publicado por: College of Optometrists

Última publicação em:
2016

Internacional

Updating the diagnosis, classification and assessment of rosacea: recommendations from the global ROSacea Consensus (ROSCO) panel

Publicado por: ROSacea Consensus (ROSCO) panel

Última publicação em:
2017

Diretrizes de tratamento

Europa

Ocular rosacea

Publicado por: College of Optometrists

Última publicação em:
2016

Internacional

Rosacea treatment update: recommendations from the global ROSacea Consensus (ROSCO) panel

Publicado por: ROSacea Consensus (ROSCO) panel

Última publicação em:
2017

América do Norte

Rosacea medical management guidelines

Publicado por: American Acne and Rosacea Society

Última publicação em:
2014

Recursos online

1. [MHRA: oral retinoids - pregnancy prevention](#) (*external link*)
2. [iPledge system \(for isotretinoin prescribing\)](#) (*external link*)

Nível de evidência

1. Redução das lesões e do eritema inflamatórios: existem evidências de qualidade moderada de que, em comparação com o placebo, o creme de metronidazol tópico a 1% reduz as lesões e o eritema inflamatórios.[\[20\]](#) [\[21\]](#) [\[22\]](#) [\[24\]](#)

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

2. Melhora da resposta: existem evidências de qualidade moderada de que a tetraciclina melhora significativamente a resposta quando comparada ao placebo.[\[28\]](#)

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

3. Melhora na aparência cosmética do nariz fimatoso bulboso: há evidências de baixa qualidade de que os métodos de eletrocirurgia, laser de CO2, laser de argônio e laser Nd:YAG são efetivos na melhora da aparência cosmética do nariz fimatoso bulboso.[\[41\]](#) [\[42\]](#) [\[43\]](#) [\[44\]](#)

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

Artigos principais

- Wilkin J, Dahl M, Detmar M, et al. Standard classification of rosacea: report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. J Am Acad Dermatol. 2002 Apr;46(4):584-7. [Resumo](#)
- Gupta AK, Chaudhry MM. Rosacea and its management: an overview. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2005 May;19(3):273-85. [Resumo](#)
- Powell FC. Clinical practice. Rosacea. New Engl J Med. 2005 Feb 24;352(8):793-803. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Elewski BE, Draelos Z, Dréno B, et al. Rosacea - global diversity and optimized outcome: proposed international consensus from the Rosacea International Expert Group. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2011 Feb;25(2):188-200. [Resumo](#)
- van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Carter B, et al. Interventions for rosacea. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Apr 28;(4):CD003262. [Texto completo](#) [Resumo](#)

Referências

1. Wilkin J, Dahl M, Detmar M, et al. Standard classification of rosacea: report of the National Rosacea Society Expert Committee on the Classification and Staging of Rosacea. J Am Acad Dermatol. 2002 Apr;46(4):584-7. [Resumo](#)
2. Donshik PC, Hoss DM, Ehlers WH. Inflammatory and papulosquamous disorders of the skin and eye. Dermatol Clin. 1992 Jul;10(3):533-47. [Resumo](#)
3. Drolet B, Paller AS. Childhood rosacea. Pediatr Dermatol. 1992 Mar;9(1):22-6. [Resumo](#)
4. Gupta AK, Chaudhry MM. Rosacea and its management: an overview. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2005 May;19(3):273-85. [Resumo](#)
5. Powell FC. Clinical practice. Rosacea. New Engl J Med. 2005 Feb 24;352(8):793-803. [Texto completo](#) [Resumo](#)
6. Two AM, Wu W, Gallo RL, et al. Rosacea: part I. Introduction, categorization, histology, pathogenesis, and risk factors. J Am Acad Dermatol. 2015 May;72(5):749-58. [Resumo](#)
7. Elewski BE, Draelos Z, Dréno B, et al. Rosacea - global diversity and optimized outcome: proposed international consensus from the Rosacea International Expert Group. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2011 Feb;25(2):188-200. [Resumo](#)
8. Yamasaki K, Di Nardo A, Bardan A, et al. Increased serine protease activity and cathelicidin promotes skin inflammation in rosacea. Nat Med. 2007 Aug;13(8):975-80. [Resumo](#)

9. Aroni K, Tsagrioni E, Kavantzias N, et al. A study of the pathogenesis of rosacea: how angiogenesis and mast cells may participate in a complex multifactorial process. Arch Dermatol Res. 2008 Mar;300(3):125-31. [Resumo](#)
10. Abokwidir M, Fleischer AB Jr. Additional evidence that rosacea pathogenesis may involve demodex: new information from the topical efficacy of ivermectin and praziquantel. Dermatol Online J. 2015 Sep 17;21(9):13030/qt13v249f5. [Resumo](#)
11. Parodi A, Paolino S, Greco A, et al. Small intestinal bacterial overgrowth in rosacea: clinical effectiveness of its eradication. Clin Gastroenterol Hepatol. 2008 Jul;6(7):759-64. [Resumo](#)
12. Jansen T, Plewig G, Kligman AM. Diagnosis and treatment of rosacea fulminans. Dermatology. 1994;188(4):251-4. [Resumo](#)
13. Segarra-Newnham M, Karimi S. Overview of the pharmacologic options for rosacea. J Pharm Technol. 2009 Nov;25(6):368-73. [Texto completo](#)
14. van Zuuren EJ, Fedorowicz Z, Carter B, et al. Interventions for rosacea. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Apr 28;(4):CD003262. [Texto completo](#) [Resumo](#)
15. Schaller M, Almeida LM, Bewley A, et al. Rosacea treatment update: recommendations from the global ROSacea COnsensus (ROSCO) panel. Br J Dermatol. 2017 Feb;176(2):465-71. [Texto completo](#) [Resumo](#)
16. Di Nardo A, Holmes AD, Muto Y, et al. Improved clinical outcome and biomarkers in adults with papulopustular rosacea treated with doxycycline modified-release capsules in a randomized trial. J Am Acad Dermatol. 2016 Jun;74(6):1086-92. [Resumo](#)
17. Del Rosso JQ, Bruce S, Jarratt M, et al. Efficacy of topical azelaic acid (AzA) gel 15% plus oral doxycycline 40 mg versus metronidazole gel 1% plus oral doxycycline 40 mg in mild-to-moderate papulopustular rosacea. J Drugs Dermatol. 2010 Jun;9(6):607-13. [Resumo](#)
18. McKeage K, Deeks ED. Doxycycline 40 mg capsules (30 mg immediate-release/10 mg delayed-release beads): anti-inflammatory dose in rosacea. Am J Clin Dermatol. 2010;11(3):217-22. [Resumo](#)
19. van Zuuren EJ, Gupta AK, Gover MD, et al. Systematic review of rosacea treatments. J Am Acad Dermatol. 2007 Jan;56(1):107-15. [Resumo](#)
20. Nielsen PG. Treatment of rosacea with 1% metronidazole cream. A double-blind study. Br J Dermatol. 1983 Mar;108(3):327-32. [Resumo](#)
21. Jorizzo JL, Lebwohl M, Tobey RE. The efficacy of metronidazole 1% cream once daily compared with metronidazole 1% cream twice daily and their vehicles in rosacea: a double-blind clinical trial. J Am Acad Dermatol. 1998 Sep;39(3):502-4. [Resumo](#)
22. Dahl MV, Katz HI, Krueger GG, et al. Topical metronidazole maintains remissions of rosacea. Arch Dermatol. 1998 Jun;134(6):679-83. [Texto completo](#) [Resumo](#)

23. Fowler JF Jr. Combined effect of anti-inflammatory dose doxycycline (40-mg doxycycline, usp monohydrate controlled-release capsules) and metronidazole topical gel 1% in the treatment of rosacea. *J Drugs Dermatol*. 2007 Jun;6(6):641-5. [Resumo](#)
24. Wolf JE Jr, Del Rosso JQ. The CLEAR trial: results of a large community-based study of metronidazole gel in rosacea. *Cutis*. 2007 Jan;79(1):73-80. [Resumo](#)
25. Solomon JA, Tying S, Staedtler G, et al. Investigator-reported efficacy of azelaic acid foam 15% in patients with papulopustular rosacea: secondary efficacy outcomes from a randomized, controlled, double-blind, phase 3 trial. *Cutis*. 2016 Sep;98(3):187-94. [Texto completo](#) [Resumo](#)
26. Thiboutot DM, Fleischer AB, Del Rosso JQ, et al. A multicenter study of topical azelaic acid 15% gel in combination with oral doxycycline as initial therapy and azelaic acid 15% gel as maintenance monotherapy. *J Drugs Dermatol*. 2009 Jul;8(7):639-48. [Resumo](#)
27. Thiboutot DM, Fleischer AB Jr, Del Rosso JQ, et al. Azelaic acid 15% gel once daily versus twice daily in papulopustular rosacea. *J Drugs Dermatol*. 2008 Jun;7(6):541-6. [Resumo](#)
28. Sneddon IB. A clinical trial of tetracycline in rosacea. *Br J Dermatol*. 1966 Dec;78(12):649-52. [Resumo](#)
29. Sauer GC. Safety of long-term tetracycline therapy for acne. *Arch Dermatol*. 1976 Nov;112(11):1603-5. [Resumo](#)
30. Weston WL, Morelli JG. Steroid rosacea in prepubertal children. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000 Jan;154(1):62-4. [Texto completo](#) [Resumo](#)
31. Conde JF, Yelverton CB, Balkrishnan R, et al. Managing rosacea: a review of the use of metronidazole alone and in combination with oral antibiotics. *J Drugs Dermatol*. 2007 May;6(5):495-8. [Resumo](#)
32. Mostafa FF, El Harras MA, Gomaa SM, et al. Comparative study of some treatment modalities of rosacea. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009 Jan;23(1):22-8. [Resumo](#)
33. Akhyani M, Ehsani AH, Ghiasi M, et al. Comparison of efficacy of azithromycin vs. doxycycline in the treatment of rosacea: a randomized open clinical trial. *Int J Dermatol*. 2008 Mar;47(3):284-8. [Resumo](#)
34. Layton AM, Schaller M, Homey B, et al. Brimonidine gel 0.33% rapidly improves patient-reported outcomes by controlling facial erythema of rosacea: a randomized, double-blind, vehicle-controlled study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2015 Dec;29(12):2405-10. [Texto completo](#) [Resumo](#)
35. Colón LE, Johnson LA, Gottschalk RW. Cumulative irritation potential among metronidazole gel 1%, metronidazole gel 0.75%, and azelaic acid gel 15%. *Cutis*. 2007 Apr;79(4):317-21. [Resumo](#)
36. Taieb A, Khemis A, Ruzicka T, et al; Ivermectin Phase III Study Group. Maintenance of remission following successful treatment of papulopustular rosacea with ivermectin 1% cream vs. metronidazole 0.75% cream: 36-week extension of the ATTRACT randomized study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016 May;30(5):829-36. [Resumo](#)

37. Siddiqui K, Stein Gold L, Gill J. The efficacy, safety, and tolerability of ivermectin compared with current topical treatments for the inflammatory lesions of rosacea: a network meta-analysis. Springerplus. 2016 Jul 22;5(1):1151. [Texto completo](#) [Resumo](#)
38. Berth-Jones J, Clark SM, Henderson CA. Rosacea and perioral dermatitis. In: Lebwohl MG, Heymann WR, Berth-Jones J, et al, eds. Treatment of skin disease. Edinburgh: Mosby; 2002:561-7.
39. Krupashankar DS; IADVL Dermatosurgery Task Force. Standard guidelines of care: CO2 laser for removal of benign skin lesions and resurfacing. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2008 Jan;74 Suppl:S61-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
40. Metelitsa AI, Alster TS. Fractionated laser skin resurfacing treatment complications: a review. Dermatol Surg. 2010 Mar;36(3):299-306. [Texto completo](#) [Resumo](#)
41. Clark DP, Hanke CW. Electrosurgical treatment of rhinophyma. J Am Acad Dermatol. 1990 May;22(5 Pt 1):831-7. [Resumo](#)
42. Greenbaum SS, Krull EA, Watnick K. Comparison of CO2 laser and electrosurgery in the treatment of rhinophyma. J Am Acad Dermatol. 1988 Feb;18(2 Pt 1):363-8. [Resumo](#)
43. Halsebergen-Henning JP, van Gemert MJ. Rhinophyma treated by argon laser. Lasers Surg Med. 1983;2(3):211-5. [Resumo](#)
44. Wenig BL, Weingarten RT. Excision of rhinophyma with Nd:YAG laser: a new technique. Laryngoscope. 1993 Jan;103(1 Pt 1):101-3. [Resumo](#)
45. Sonnex TS, Dawber RP. Rhinophyma-treatment by liquid nitrogen spray cryosurgery. Clin Exp Dermatol. 1986 May;11(3):284-8. [Resumo](#)
46. Eisen RF, Katz AE, Bohigian RK, et al. Surgical treatment of rhinophyma with the Shaw scalpel. Arch Dermatol. 1986 Mar;122(3):307-9. [Resumo](#)
47. College of Optometrists. Clinical management guidelines: ocular rosacea. Mar 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)
48. Schechter BA, Katz RS, Friedman LS, et al. Efficacy of topical cyclosporine for the treatment of ocular rosacea. Adv Ther. 2009 Jun;26(6):651-9. [Resumo](#)
49. Bartholomew RS, Reid BJ, Cheesbrough, et al. Oxytetracycline in the treatment of ocular rosacea: a double-blind trial. Br J Ophthalmol. 1982 Jun;66(6):386-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
50. Quarterman MJ, Johnson DW, Abele DC, et al. Ocular rosacea: signs, symptoms, and tear studies before and after treatment with doxycycline. Arch Dermatol. 1997 Jan;133(1):49-54. [Resumo](#)
51. Bakar O, Demircay Z, Toker E, et al. Ocular signs, symptoms and tear function tests of papulopustular rosacea patients receiving azithromycin. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2009 May;23(5):544-9. [Resumo](#)

52. Huang YE, Li XL, Li TJ. Clinical research of topical tacrolimus ointment combined with 585 nm pulsed dye laser in the treatment of rosacea [in Chinese]. *J Clin Dermatol*. 2012;41(5):308-9.
53. Neuhaus IM, Zane LT, Tope WD. Comparative efficacy of nonpurpuragenic pulsed dye laser and intense pulsed light for erythematotelangiectatic rosacea. *Dermatol Surg*. 2009 Jun;35(6):920-8. [Resumo](#)
54. Serdar ZA, Yasar S. Efficacy of 1% terbinafine cream in comparison with 0.75% metronidazole gel for the treatment of papulopustular rosacea. *Cutan Ocul Toxicol*. 2011 Jun;30(2):124-8. [Resumo](#)
55. Maxwell EL, Ellis DA, Manis H. Acne rosacea: effectiveness of 532 nm laser on the cosmetic appearance of the skin. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010 Jun;39(3):292-6. [Resumo](#)
56. Kim TG, Roh HJ, Cho SB, et al. Enhancing effect of pretreatment with topical niacin in the treatment of rosacea-associated erythema by 585-nm pulsed dye laser in Koreans: a randomized, prospective, split-face trial. *Br J Dermatol*. 2011 Mar;164(3):573-9. [Resumo](#)
57. Gollnick H, Blume-Peytavi U, Szabo EL, et al. Systemic isotretinoin in the treatment of rosacea - doxycycline- and placebo-controlled, randomized clinical study. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2010 Jul;8(7):505-15. [Resumo](#)
58. Lee DH, Li K, Suh DH. Pimecrolimus 1% cream for the treatment of steroid-induced rosacea: an 8-week split-face clinical trial. *Br J Dermatol*. 2008 May;158(5):1069-76. [Resumo](#)
59. Koca R, Altinyazar HC, Ankarali H, et al. A comparison of metronidazole 1% cream and pimecrolimus 1% cream in the treatment of patients with papulopustular rosacea: a randomized open-label clinical trial. *Clin Exp Dermatol*. 2010 Apr;35(3):251-6. [Resumo](#)
60. Karabulut AA, Izol Serel B, Eksioglu HM. A randomized, single-blind, placebo-controlled, split-face study with pimecrolimus cream 1% for papulopustular rosacea. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008 Jun;22(6):729-34. [Resumo](#)
61. Chu CY. An open-label pilot study to evaluate the safety and efficacy of topically applied pimecrolimus cream for the treatment of steroid-induced rosacea-like eruption. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007 Apr;21(4):484-90. [Resumo](#)
62. Weissenbacher S, Merkl J, Hildebrandt B, et al. Pimecrolimus cream 1% for papulopustular rosacea: a randomized vehicle-controlled double-blind trial. *Br J Dermatol*. 2007 Apr;156(4):728-32. [Resumo](#)
63. Sharquie KE, Najim RA, Al-Salman HN. Oral zinc sulfate in the treatment of rosacea: a double-blind, placebo-controlled study. *Int J Dermatol*. 2006 Jul;45(7):857-61. [Resumo](#)
64. Bamford JT, Gessert CE, Haller IV, et al. Randomized, double-blind trial of 220 mg zinc sulfate twice daily in the treatment of rosacea. *Int J Dermatol*. 2012 Apr;51(4):459-62. [Resumo](#)
65. Berardesca E, Iorizzo M, Abril E, et al. Clinical and instrumental assessment of the effects of a new product based on hydroxypropyl chitosan and potassium azeloyl diglycinate in the management of rosacea. *J Cosmet Dermatol*. 2012 Mar;11(1):37-41. [Texto completo](#) [Resumo](#)

66. Chang AL, Alora-Palli M, Lima XT, et al. A randomized, double-blind, placebo-controlled, pilot study to assess the efficacy and safety of clindamycin 1.2% and tretinoin 0.025% combination gel for the treatment of acne rosacea over 12 weeks. J Drugs Dermatol. 2012 Mar;11(3):333-9. [Resumo](#)
67. Raoufinejad K, Mansouri P, Rajabi M, et al. Efficacy and safety of permethrin 5% topical gel vs. placebo for rosacea: a double-blind randomized controlled clinical trial. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2016 Dec;30(12):2105-17. [Resumo](#)

Imagens



IMAGES

Figura 1: Subtipo 2: rosácea pápulo-pustulosa com eritema, pápulas e pústulas.

Cortesia do Dr. Richard Allen Johnson (MD, CM. Harvard Medical School); usado com permissão



Figura 2: Rinofima

Cortesia do Dr. Richard Allen Johnson (MD, CM. Harvard Medical School); usado com permissão



Figura 3: Rosácea ocular e rinofima

Cortesia do Dr. Richard Allen Johnson (MD, CM. Harvard Medical School); usado com permissão



Figura 4: Rosácea fulminante

Cortesia do Dr. Richard Allen Johnson (MD, CM. Harvard Medical School); usado com permissão

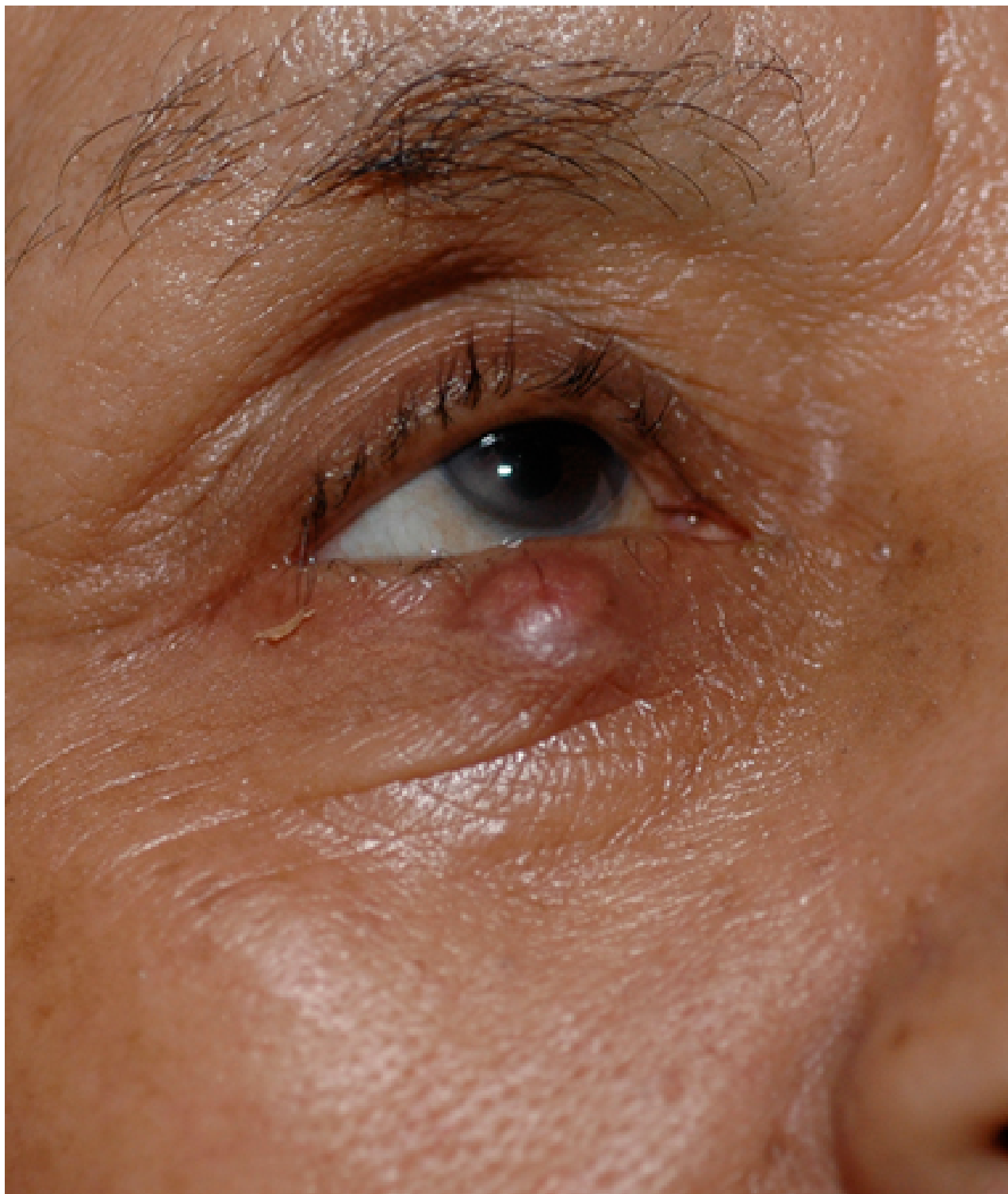


Figura 5: Rosácea ocular apresentando-se como calázio

Cortesia do Dr. Richard Allen Johnson (MD, CM. Harvard Medical School); usado com permissão

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Abel D. Jarell, MD

Dermatologist and Dermatopathologist

Northeast Dermatology Associates, Principal Investigator, ActivMed Research, Portsmouth, NH

DIVULGAÇÕES: ADJ has been awarded a grant as a Principal Investigator to study topical applications for papulopustular rosacea.

// Reconhecimentos:

Dr Abel D. Jarell would like to gratefully acknowledge Dr Alexa Boer Kimball, a previous contributor to this monograph. ABK has received honoraria for consulting from Intendis and has been an investigator for Intendis and Bayer.

// Colegas revisores:

Jashin J. Wu, MD

Chief Dermatology Resident

University of California, Irvine, CA

DIVULGAÇÕES: JJW declares that he has no competing interests.

Paradi Mirmirani, MD

Physician

Department of Dermatology, Kaiser Permanente Vallejo Medical Center, Vallejo, CA

DIVULGAÇÕES: PM declares that she has no competing interests.

Brian L. Swick, MD

Assistant Clinical Professor of Dermatology and Pathology

University of Iowa, Iowa City, IA

DIVULGAÇÕES: BLS declares that he has no competing interests.

Thierry Simonart, MD, PhD

Physician

Department of Dermatology, Erasme University Hospital, Brussels, Belgium

DIVULGAÇÕES: TS declares that he has no competing interests.