



Dermatose inflamatória centrofacial *de evolução fulminante*

Isabella Freire Pedrini
Daniel José de Carvalho Pereira
Isabella Anuda Brum de Andrade
Letícia Silva Andrade
Millena de Freitas Ribeiro
Thaís Aguiar Nogueira Bouhid

RELATO DO CASO

IDENTIFICAÇÃO

Feminina, 49 anos, casada, fototipo II, do lar, natural do Rio de Janeiro e residente em Anchieta-RJ.

QUEIXA PRINCIPAL

“Infecção na face”

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

2m

Há 2 meses - Surgimento de **pápulas eritematosas e pústulas na face**, com piora progressiva. Refere uso prévio de **Claritromicina e Minociclina, sem melhora.**

10d

Há 10 dias - Evoluiu com **exacerbação abrupta** das lesões e intensa **dor local.**

Nega sintomas sistêmicos ➡ Admitida pela clínica médica

RELATO DO CASO

Antecedentes



PATOLÓGICA PREGRESSA

HAS

Em uso de Perindopril, Indapamida e

Desogestrel 75 mcg

Cirurgias: Duas cesarianas prévias



HISTÓRIA FAMILIAR

Avó materna com câncer de pele



HISTÓRIA SOCIAL

Nega tabagismo e etilismo

Nega animais domésticos

EXAME DERMATOLÓGICO

Placa de base eritematosa,
encimada por **pústulas**, crostas
hemáticas e melicéricas,
localizada na região malar
bilateralmente e algumas
pústulas no mento associadas a
eritema na região da glabella



EXAME DERMATOLÓGICO

Placa de base eritematosa, encimada por pústulas, crostas hemáticas e melicéricas, localizada na **região malar bilateralmente** e algumas pústulas no mento associadas a eritema na região da glabella



EXAME DERMATOLÓGICO

Placa de base eritematosa,
encimada por pústulas, crostas
hemáticas e melicéricas,
localizada na região malar
bilateralmente e algumas
pústulas no mento associadas a
eritema na região da glabella



ADMISSÃO PELA CLÍNICA MÉDICA

Hipóteses iniciais e conduta

HIPÓTESES DA CLÍNICA MÉDICA

Celulite facial?



Rosácea associada a infecção secundária?

CONDUTA INSTITUÍDA



Internação para antibioticoterapia venosa



Oxacilina IV 1 g 6/6 h



Solicitado parecer da Dermatologia

REAVALIANDO O CASO

O parecer da *Dermatologia*

HISTÓRIA DA DOENÇA

História prévia de Rosácea



PARECER DA DERMATOLOGIA



Histórico prévio de rosácea



Quadro inflamatório centrofacial de evolução fulminante



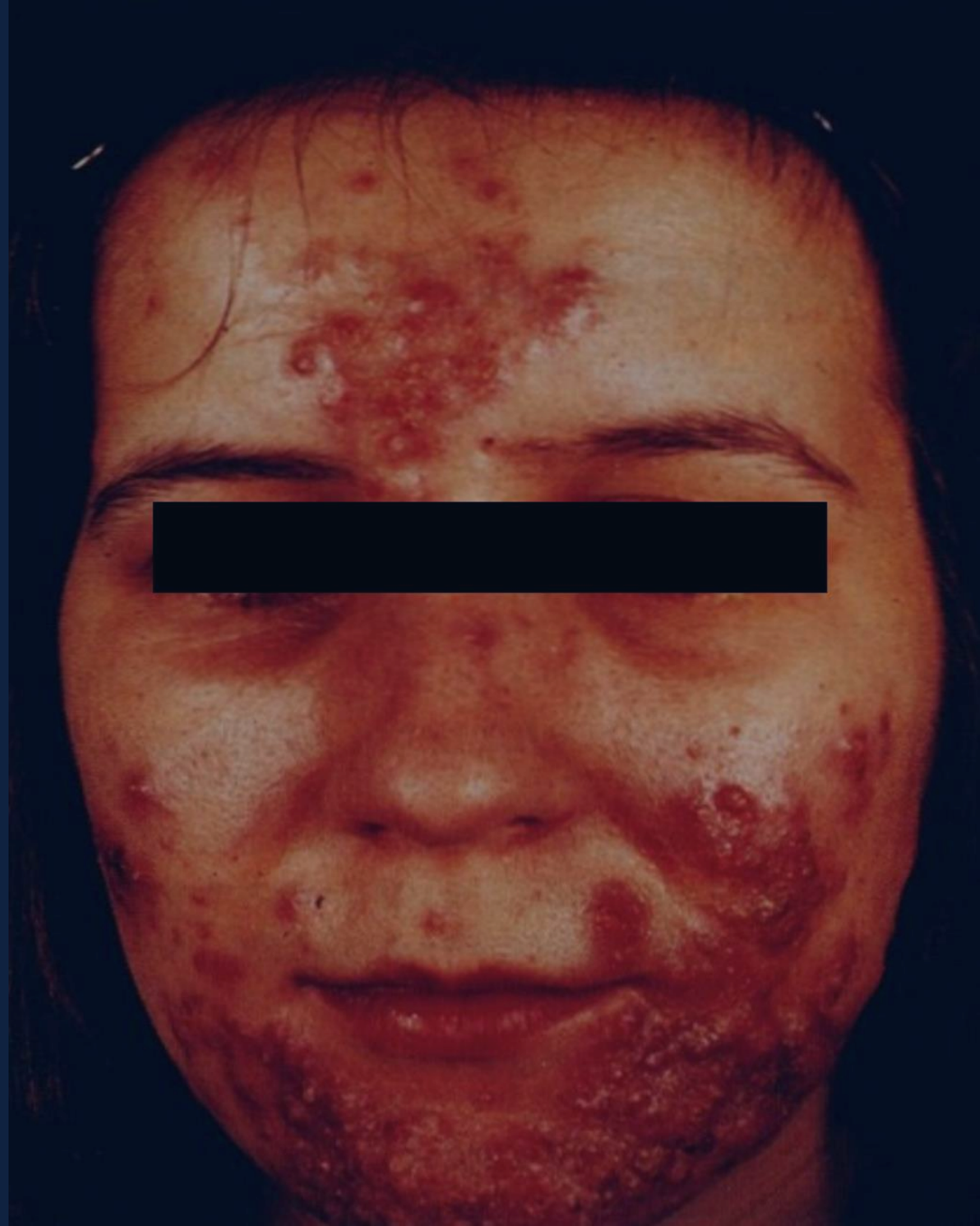
Refratariedade à antibioticoterapia



Ausência de sintomas sistêmicos

DIAGNÓSTICO FINAL

Rosácea *fulminans*



Descrição dos sinais clínicos (Jansen, Plewig & Kligman, 1994)

ARTIGO ORIGINAL

Comments

Dermatology 1994;188:251–254

T. Jansen^a
G. Plewig^a
A.M. Kligman^b

**Diagnosis and Treatment of
Rosacea fulminans**

^a Department of Dermatology,
Ludwig Maximilians University,
Munich, FRG;

^b Department of Dermatology,
University of Pennsylvania School of
Medicine, Philadelphia, Pa., USA

Table 2. Clinical signs of rosacea fulminans

Exclusively women, aged 15–46 years

Abrupt onset

Seborrhea prior to onset

Confinement to the face

Monstrous coalescent nodules

Other symptoms of rosacea

Persistent erythema (rosacea diathesis)

Telangiectases

No other signs of acne (lack of comedones)

Remission with no or minimal scarring

No recurrence

ROSÁCEA FULMINANS



Sexo feminino
15–46 anos



Início abrupto



Seborreia prévia



Restrita à face



Pápulas, pústulas
e nódulos



Eritema persistente/
telangiectasias



Sem comedões



Cicatrizes
mínimas



Sem recorrência

A paciente apresentou os sinais clínicos?

SINAIS CLÍNICOS · JANSEN, PLEWIG & KLIGMAN (1994)

PACIENTE

Sexo Feminino

Feminina



Início abrupto

Exacerbação abrupta em 10 dias



Seborreia prévia

Presente antes do quadro



Localização restrita à face

Malar, mento, glabella e dorso nasal



Pápulas, pústulas e nódulos coalescentes

Morfologia típica



Eritema persistente e/ou telangiectasias

Eritema persistente



Ausência de comedões

Ausência de comedões



Remissão sem cicatrizes ou com cicatrizes mínimas

Surto de 2008, remissão com cicatrizes mínimas



Idade 15–46 anos

49 anos (acima de 46)



Sem recorrência

2º episódio — recidiva em 2025



A paciente apresentou os sinais clínicos?

SINAIS CLÍNICOS • JANSEN, PLEWIG & KLIGMAN (1994)

PACIENTE

Sexo Feminino

Feminina

Início

Sebo

Local

Páp

Erite

Ausência de comêdoes

Ausência de comêdoes

Remissão sem cicatrizes ou com cicatrizes mínimas

Surto de 2008, remissão com cicatrizes mínimas

Idade 15–46 anos

49 anos (acima de 46)

Sem recorrência

2º episódio — recidiva em 2025

8/10

Diagnóstico clínico de Rosácea fulminans -
Oito dos dez sinais clínicos

Rosácea *fulminans*



Definição

- Dermatose inflamatória *rara e grave*
- Inflamação facial com início abrupto e intenso
- Curso *fulminante*
- Restrita à face
- *Ausência de sintomas sistêmicos*
- Variante distinta da rosácea



Perfil Epidemiológico

91%

predomínio feminino



15–46

faixa etária clássica (anos)



80%

história prévia de rosácea



Apresentação clínica

Morfologia



LESÕES

Pápulas, pústulas, nódulos coalescentes, cistos e seios drenantes



BASE

Eritema e **edema** facial **intenso**



CURSO

Início súbito e **rapidamente progressivo**



Ausência de comedões

Topografia



REGIÃO CENTROFACIAL



Malar 83%



Mento 80%



Fronte 54%



Nariz 30%

Gatilhos documentados



Hormonais

Gestação, perimenopausa e uso de contraceptivos orais.



Medicamentos

Interferon α peguilado e ribavirina.



Estresse emocional

Eventos estressores prévios ao início.



Doença inflamatória intestinal

Doença de Crohn e retocolite ulcerativa.



No caso:

Perimenopausa e uso prolongado de progestágeno

DIMENSÃO DA RARIDADE

Diagnosis and Treatment of Rosacea Fulminans: A Comprehensive Review

Rabina K. Walsh¹ · Alyson A. Endicott² · Kanade Shinkai¹

100 *anos*

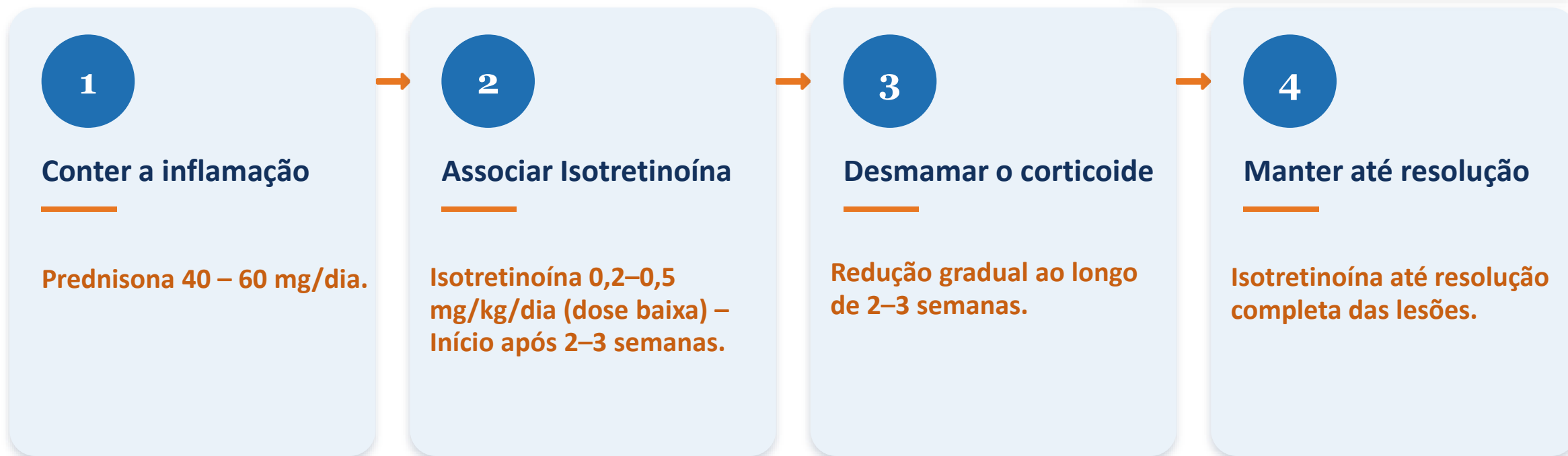
Um século de literatura médica mundial
(1916–2016) — base científica que
comprova a raridade do caso

135

casos relatados em toda a
literatura mundial

Tratamento da Rosácea *fulminans*

TRATAMENTO DE ESCOLHA: CORTICOIDE SISTÊMICO E ISOTRETINOÍNA ORAL



NO CASO

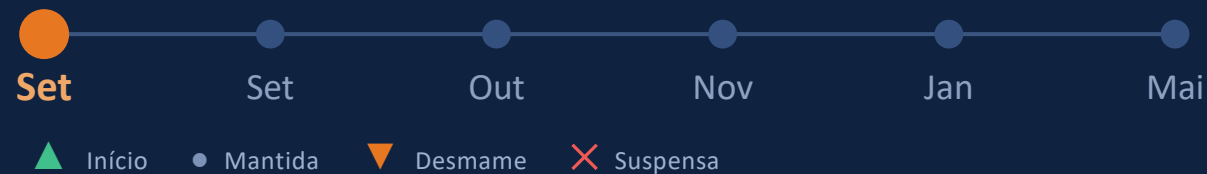
Prednisona 40 mg em desmame escalonado + Isotretinoína 20 mg/dia mantida até resolução das lesões

Voltando ao caso



Setembro/2025

Parecer Dermatologia



SISTÊMICO

✕ Oxacilina IV 1 g 6/6 h

▲ Prednisona 40 mg/dia (0,54 mg/kg/dia) iniciada



TÓPICO

● Fotoproteção e higienização suave

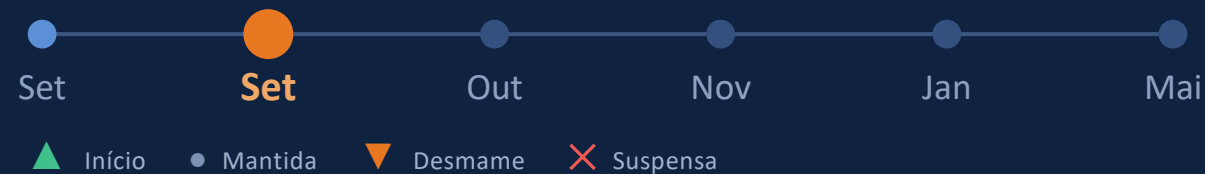


DEMAIS CONDUTAS

Alta hospitalar

Segunda semana

Início do desmame



SISTÊMICO

▼ Prednisona em redução 40 → 30 → 20 mg



TÓPICO

• Fotoproteção e higienização suave



DEMAIS CONDUTAS

Solicitados exames laboratoriais para início da Isotretinoína

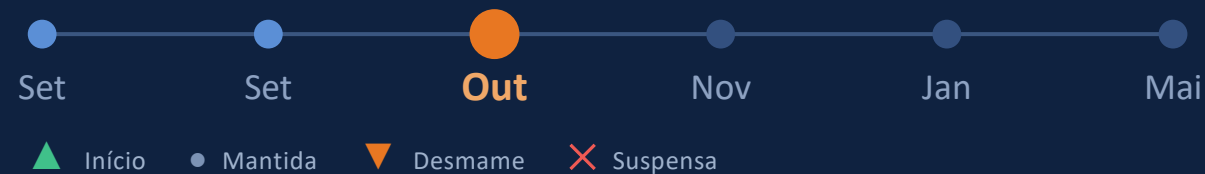


MEDIDAS COMPORTAMENTAIS

Controle de fatores desencadeantes

Terceira semana

Introdução da Isotretinoína



SISTÊMICO

- ▲ Isotretinoína 20 mg/dia (0,27 mg/kg/dia) iniciada
- ▼ Prednisona 20 → 15 mg

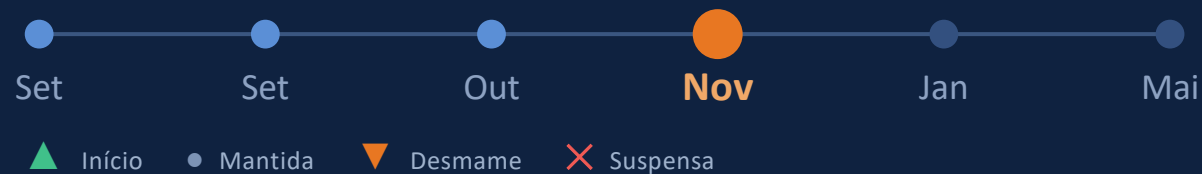


TÓPICO

- ▲ Ivermectina 1% creme
- Fotoproteção e higienização suave

Segundo mês

Inflamação controlada



SISTÊMICO

- ✕ Prednisona 10 → 5 mg → suspensa
- Isotretinoína 20 mg/dia mantida

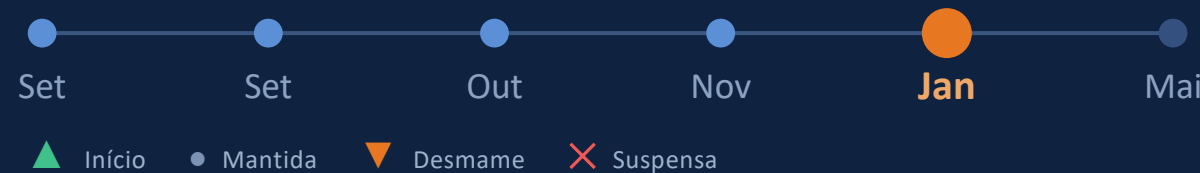


TÓPICO

- Ivermectina 1% creme
- Fotoproteção e higienização suave

Quarto mês

Melhora clínica → Eritema residual



SISTÊMICO

- Isotretinoína 20 mg/dia mantida



TÓPICO

- Ivermectina 1% creme
- Fotoproteção e higienização suave
- Hidratação



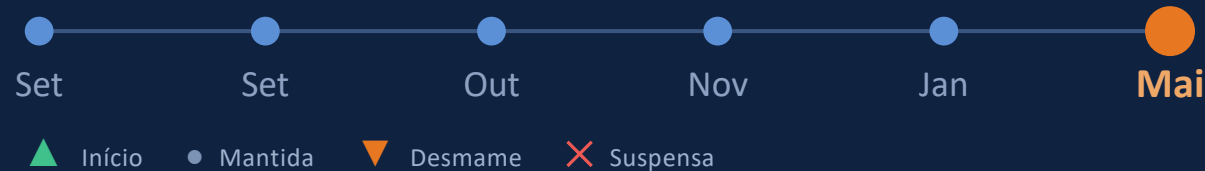
TÓPICO · FÓRMULA MANIPULADA

- ▲ Oximetazolina 1% creme



Oitavo mês

Resolução completa das lesões inflamatórias



SISTÊMICO

✗ Suspensão da Isotretinoína (7 meses)



TÓPICO

- Ivermectina 1% creme
- Fotoproteção e higienização suave
- Hidratação



TÓPICO · FÓRMULA MANIPULADA

- Oximetazolina 1% creme



Setembro/2025



Maio/2026

Motivos da apresentação

- 1 Descrever uma forma rara e grave de rosácea
- 2 Demonstrar os sinais clínicos e a excelente resposta terapêutica
- 3 Alertar sobre a Rosácea fulminans como um possível diagnóstico diferencial

Referências bibliográficas

- 1 Walsh RK, Endicott AA, Shinkai K. Diagnosis and treatment of rosacea fulminans: a comprehensive review. Am J Clin Dermatol. 2018;19(1):79-86.
- 2 Jansen T, Plewig G, Kligman AM. Diagnosis and treatment of rosacea fulminans. Dermatology. 1994;188(4):251-254.
- 3 Plewig G, Jansen T, Kligman AM. Pyoderma faciale. A review and report of 20 additional cases: is it rosacea? Arch Dermatol. 1992;128(12):1611-1617.
- 4 Jansen T, Plewig G. Rosacea: classification and treatment. J R Soc Med. 1997;90(3):144-150.
- 5 Oliveira CMM, Almeida LMC, Bonamigo RR, Lima CWG, Bagatin E. Consenso sobre tratamento da rosácea – Sociedade Brasileira de Dermatologia. An Bras Dermatol. 2020;95(supl 1):53-69.
- 6 Coutinho JC, Westphal DC, Lobato LC, Schettini AP, Santos M. Rosácea fulminans: apresentação clínica incomum da rosácea. An Bras Dermatol. 2016;91(5 supl 1):151-153.
- 7 Angileri L, Veraldi S, Barbareschi M. Rosacea fulminans: two case reports and review of the literature. J Dermatolog Treat. 2021;32(1):110-113.

Referências bibliográficas

- 8 Ferahbas A, Utas S, Mistik S, Uksal U, Peker D. Rosacea fulminans in pregnancy: case report and review of the literature. *Am J Clin Dermatol*. 2006;7(2):141-144.
- 9 Handgretinger G, Saur A, Wolff I, Schaller M. Rosacea fulminans: an anti-inflammatory-based therapeutic approach. *JEADV Clin Pract*. 2024;3:1596-1601.
- 10 Wang B, Huang Y, Tang Y, Zhao Z, Shi W, Jian D, et al. Paroxetine is an effective treatment for refractory erythema of rosacea: primary results from the Prospective Rosacea Refractory Erythema Randomized Clinical Trial. *J Am Acad Dermatol*. 2023;88(6):1300-1307.
- 11 van Zuuren EJ. Rosacea. *N Engl J Med*. 2017;377(18):1754-1764.
- 12 Rainer BM, Kang S, Chien AL. Rosacea: epidemiology, pathogenesis, and treatment. *Dermatoendocrinol*. 2017;9(1):e1361574.
- 13 Zhang H, Tang K, Wang Y, Fang R, Sun Q. Use of botulinum toxin in treating rosacea: a systematic review. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2021;14:407-417.
- 14 Del Rosso JQ. Topical α -agonist therapy for persistent facial erythema of rosacea and the addition of oxymetazoline to the treatment armamentarium: where are we now? *J Clin Aesthet Dermatol*. 2017;10(7):28-32.



Obrigada!

 isabellapedrini1@gmail.com