

DERMATOLOGIA E PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS

Edição XXI

CAPÍTULO 24

ACNE VULGAR E ROSÁCEA: ABORDAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS

MARIA RAIANE DA SILVA COSTA¹
LIVIA RODRIGUES PIVA¹
ISABELA SCHULTZ RAMOS DE ANDRADE¹
MARIA CLARA PAGANELLI¹
VITOR D'AVILA REIS OMETTO STOLF¹
LIVIA MATIDA GONTIJO LEAL³
ELIS FELDSTEIN BOTELHO¹
ANA PAULA WEBER²

1. Discente – Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

2. Discente – Residência em Dermatologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

3. Docente – Departamento de Dermatologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Palavras-chave: *Acne Vulgar; Rosácea; Fisiopatologia Cutânea.*

DOI

10.59290/0125942602

EP EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

A acne vulgar e a rosácea estão entre as dermatoses inflamatórias crônicas mais frequentes da prática dermatológica. Embora ambas acometam preferencialmente a face e possam apresentar, em determinados momentos, lesões morfológicamente semelhantes, sobretudo pápulas e pústulas, correspondem a doenças distintas quanto à fisiopatologia, epidemiologia, evolução clínica e tratamento. A diferenciação adequada entre essas entidades é fundamental, pois condutas semelhantes podem produzir respostas clínicas diferentes e, em alguns casos, agravar sintomas cutâneos, especialmente em pacientes com rosácea e pele sensível.

Historicamente, diferentes dermatoses faciais inflamatórias foram agrupadas sob nomenclaturas imprecisas até que a acne passou a ser progressivamente distinguida da rosácea. Esse reconhecimento permitiu compreender que, apesar da sobreposição clínica parcial, a acne vulgar é primariamente uma doença da unidade pilossebácea, enquanto a rosácea corresponde a uma doença inflamatória crônica de base neurovascular, associada à hiperreatividade cutânea, disfunção da barreira epidérmica e ativação da imunidade inata.

Na acne vulgar, os principais eventos fisiopatológicos incluem hiperqueratinização folicular, aumento da produção sebácea, participação do *Cutibacterium acnes* e resposta inflamatória local (ZAENGLEIN; THIBOUTOT, 2018).

A partir desse microambiente, ocorre interação entre sebo, microbiota cutânea e imunidade inata, com ativação de receptores de reconhecimento de padrões, incluindo receptores *toll-like* (TLRs), e liberação de mediadores inflamatórios. A produção sebácea é influenciada por estímulos androgênicos, o que explica a associação entre acne e estados de hiperandrogenismo,

como a síndrome dos ovários policísticos, especialmente em mulheres com acne persistente ou de início tardio. A participação do *Cutibacterium acnes* deve ser compreendida menos como simples proliferação bacteriana e mais como uma interação complexa entre microrganismo, sebo, filotipos bacterianos, disbiose e resposta imune do hospedeiro. Além disso, fatores externos podem modular a expressão clínica da doença. Dietas de alta carga glicêmica e o consumo de laticínios, particularmente em alguns subgrupos de pacientes, têm sido associados ao agravamento da acne, embora a magnitude desse efeito varie individualmente (REYNOLDS *et al.*, 2024). Cosméticos oclusivos, fricção mecânica, determinados medicamentos e fatores ocupacionais também podem atuar como agravantes.

A rosácea, por sua vez, manifesta-se como uma doença inflamatória crônica de padrão predominantemente centrofacial, na qual a hiperreatividade vascular, a inflamação neurogênica, a disfunção de barreira e a ativação da imunidade inata exercem papéis centrais (POWELL; NÍ RAGHALLAIGH, 2018).

Diferentemente da acne, não há processo comedoniano primário. Gatilhos como radiação ultravioleta, variações extremas de temperatura, bebidas alcoólicas, alimentos condimentados, estresse emocional, exercício físico intenso, cosméticos irritantes e alterações da microbiota cutânea podem desencadear ou exacerbar rubor, eritema, ardor, pápulas e pústulas (AMSTUTZ *et al.*, 2025). A proliferação exacerbada do ácaro *Demodex folliculorum* e a resposta inflamatória associada também têm sido implicadas em parte dos pacientes.

O impacto psicossocial dessas doenças frequentemente ultrapassa o acometimento cutâneo objetivo, podendo comprometer a autoestima, as relações interpessoais, o desempenho profissional e a qualidade de vida global. Na

acne, o atraso terapêutico pode favorecer a formação de cicatrizes atróficas, hipertróficas ou queloidianas, além de hiperpigmentação pós-inflamatória (ZAENGLEIN; THIBOUTOT, 2018).

Na rosácea, a inflamação crônica não tratada pode resultar em eritema persistente, telangiectasias, sintomas sensoriais recorrentes, manifestações oculares debilitantes e alterações fímatosas estruturais (POWELL; NÍ RAGHALLAIGH, 2018).

Dessa forma, o manejo contemporâneo deve combinar diagnóstico clínico preciso, avaliação da gravidade, reconhecimento de fatores agravantes e escolha terapêutica estritamente individualizada, baseada nas melhores evidências disponíveis.

EPIDEMIOLOGIA

A distribuição epidemiológica da acne vulgar e da rosácea revela perfis de pacientes distintos, embora ambas as condições possam persistir ou surgir na vida adulta. A acne vulgar apresenta incidência máxima na adolescência, período em que as alterações hormonais inerentes à puberdade aumentam exponencialmente a atividade sebácea e favorecem o desenvolvimento das lesões (REYNOLDS *et al.*, 2024).

As formas mais intensas e inflamatórias de acne tendem a ser mais frequentes em homens jovens, enquanto a acne persistente ou de início na idade adulta (acne da mulher adulta) é predominantemente observada no sexo feminino (LAI; BARBIERI, 2025).

Nesses casos, é comum a presença de lesões inflamatórias no terço inferior da face, ao longo da linha da mandíbula e na região cervical anterior, muitas vezes associadas a flutuações hormonais do ciclo menstrual, irregularidade menstrual, síndrome dos ovários policísticos ou

introdução/suspensão de contraceptivos hormonais. Ainda assim, a acne da mulher adulta é reconhecida como uma entidade etiológica multifatorial, e nem todas as pacientes apresentam hiperandrogenismo laboratorial demonstrável.

A rosácea é mais frequentemente diagnosticada em indivíduos adultos, especialmente a partir da terceira e quarta décadas de vida (BHATIA *et al.*, 2025).

Sua prevalência global varia amplamente conforme a população estudada, a metodologia epidemiológica empregada, os critérios diagnósticos adotados e o fototipo predominante. Classicamente, é mais reconhecida em indivíduos de pele clara (fototipos baixos de Fitzpatrick, I e II), mas pode ocorrer em todos os espectros de pigmentação cutânea (POWELL; NÍ RAGHALLAIGH, 2018).

Em pacientes de fototipo alto (pele negra e parda), o diagnóstico pode ser subestimado ou tardio, pois o eritema e as telangiectasias podem ser menos evidentes ao exame clínico visual, mascarados pela melanina, levando a um atraso diagnóstico e terapêutico prejudicial. Quanto ao sexo, a rosácea é frequentemente relatada em mulheres, que tendem a procurar atendimento médico especializado em fases mais precoces, muitas vezes motivadas por *flushing*, eritema persistente ou sensibilidade cutânea acentuada. Em homens, embora a prevalência geral possa ser menor em algumas casuísticas, há uma suscetibilidade notavelmente maior ao desenvolvimento de formas fímatosas hipertróficas, como o rinofima (POWELL; NÍ RAGHALLAIGH, 2018).

Esse padrão evolutivo reforça a importância de reconhecer precocemente os fenótipos predominantes da doença e instituir tratamento adequado antes da progressão estrutural irreversível.

QUADRO CLÍNICO E FISIOPATOLOGIA COMPARADA

O mapeamento das manifestações clínicas revela apresentações semiológicas polimórficas e distintas para cada patologia.

Acne vulgar

A acne vulgar caracteriza-se pela coexistência de lesões não inflamatórias e inflamatórias, distribuídas em regiões anatômicas de alta densidade de glândulas sebáceas, notadamente a face, o dorso superior e o tórax anterior (ZAENGLEIN; THIBOUTOT, 2018).

As lesões não inflamatórias primárias são representadas pelos comedões fechados (cravos brancos), que se apresentam como pequenas elevações puntiformes, esbranquiçadas ou normocrômicas, resultantes do acúmulo de queratina e sebo no infundíbulo folicular, e pelos comedões abertos (cravos pretos), identificados por um tampão central escurecido devido à oxidação da melanina e dos lipídios em contato com o ar ambiente (REYNOLDS *et al.*, 2024).

Conforme a resposta imune inata progride e o microambiente folicular se altera, surgem as lesões inflamatórias superficiais, compostas por pápulas eritematosas e pústulas com conteúdo purulento visível. Nos quadros mais intensos, a inflamação aprofunda-se na derme, manifestando-se como nódulos firmes e cistos profundos dolorosos, que frequentemente se intercomunicam nas variantes graves conhecidas como acne conglobata. A acne fulminante, uma forma rara e aguda, associa lesões ulceradas e inflamatórias intensas a sintomas sistêmicos severos, como febre, poliartralgias e alterações laboratoriais inflamatórias agudas (elevação de VHS e PCR). A intensidade e a duração desse componente inflamatório determinam o risco de sequelas permanentes, como hiperpigmenta-

ção pós-inflamatória e cicatrizes atróficas (subclassificadas em *ice pick*, *boxcar* e *rolling scars*) ou cicatrizes hipertróficas/queloidianas (ZAENGLEIN; THIBOUTOT, 2018).

Rosácea

A rosácea apresenta um quadro clínico predominantemente centrofacial, acometendo a região bucinadora (bochechas), nariz, fronte central e mento (POWELL; NÍ RAGHALLAIGH, 2018). O *flushing* (rubor) recorrente costuma ser uma manifestação inicial, tipicamente desencadeada por calor, álcool, alimentos condimentados, exercício físico, estresse emocional, radiação ultravioleta ou aplicação de cosméticos irritantes (AMSTUTZ *et al.*, 2025).

Com a evolução cronológica, o eritema pode tornar-se fixo e persistente, sendo acompanhado por telangiectasias visíveis, ardor, queimação, sensação de calor local, ressecamento cutâneo e extrema intolerância a produtos tópicos. Na rosácea papulopustulosa, surgem pápulas e pústulas inflamatórias sobre um fundo eritematoso difuso, geralmente sem a presença de comedões (BHATIA *et al.*, 2025).

Essa ausência de comedões é um dos principais elementos clínicos distintivos para diferenciá-la da acne vulgar. As alterações fimatosas representam formas crônicas e estruturais da rosácea, caracterizadas por espessamento cutâneo, irregularidade da superfície e nodulações decorrentes de hiperplasia sebácea e fibrose. O rinofima é a manifestação fimatosa mais clássica, envolvendo o nariz, sendo significativamente mais observado em homens idosos (POWELL; NÍ RAGHALLAIGH, 2018).

A rosácea também pode apresentar manifestações oculares (rosácea ocular) em até 50% dos pacientes, que devem ser ativamente investigadas. Os pacientes podem relatar ardor ocular, sensação de areia ou corpo estranho, olho seco, fotofobia, lacrimejamento, hiperemia

conjuntival e episódios recorrentes de blefarite, hordéolo ou calázio. Em casos oftalmológicos mais graves, pode haver ceratite e risco de complicações visuais permanentes, motivo pelo qual a avaliação oftalmológica especializada deve ser considerada (POWELL; NÍ RA-GHALLAIGH, 2018).

DIAGNÓSTICO CLÍNICO E DIFERENCIAL

O processo diagnóstico tanto da acne vulgar quanto da rosácea baseia-se fundamentalmente na avaliação clínica e semiológica minuciosa, prescindindo de exames laboratoriais ou biópsias na grande maioria das apresentações rotineiras.

Diagnóstico de acne vulgar

Na acne vulgar, a presença de comedões (abertos ou fechados) é o principal elemento clínico para sustentar o diagnóstico e diferenciá-la de outras erupções papulopustulosas da face (REYNOLDS *et al.*, 2024). A avaliação clínica deve considerar o tipo predominante de lesão, a extensão anatômica do acometimento, a presença de nódulos/cistos e o impacto psicossocial relatado pelo paciente. A acne pode ser classificada, de forma prática, em:

- Grau I: comedoniana (predomínio de comedões abertos e fechados)
- Grau II: pápulo-pustulosa (presença de pápulas e pústulas inflamatórias)
- Grau III: nódulo-cística (presença de nódulos e cistos inflamatórios)
- Grau IV: conglobata (nódulos interconectados, fistulas e cicatrizes severas) (ZAENGLEIN; THIBOUTOT, 2018).

Nos casos de acne da mulher adulta, a investigação laboratorial hormonal não é obrigatória de rotina, mas deve ser imperativamente considerada quando houver sinais clínicos sistêmicos

de hiperandrogenismo (hirsutismo, alopecia androgenética, clitoromegalia), irregularidade menstrual persistente, início abrupto e severo, acne grave de início tardio ou franca refratariedade à terapêutica convencional (LAI; BARBI-ERI, 2025).

Diagnóstico de rosácea

O diagnóstico da rosácea é estabelecido quando o paciente exibe, ao exame físico sob iluminação adequada, pelo menos um recurso diagnóstico de base ou a combinação de dois recursos maiores.

- Recurso de base isolado: presença de eritema centro-facial fixo e persistente (que não poupa a região periorbital) ou alterações fima-tosas.

- Recursos maiores: episódios recorrentes de *flushing* relatados na anamnese, pápulas e pústulas inflamatórias faciais, telangiectasias centro-faciais evidentes (POWELL; NÍ RA-GHALLAIGH, 2018).

Sintomas secundários relatados ativamente, como queimação, ardência, ressecamento e hipersensibilidade tópica extrema, servem como dados de suporte clínico para consolidar o diagnóstico.

Diagnóstico diferencial

O diagnóstico diferencial rigoroso entre as duas entidades nosológicas constitui o principal desafio clínico na propedêutica facial. A detecção de comedões exclui a hipótese de rosácea isolada e ratifica o diagnóstico de acne vulgar (ZAENGLEIN; THIBOUTOT, 2018). Enquanto na rosácea as pápulas e pústulas emergem sobre um fundo cutâneo persistentemente eritematoso, vascularizado e hipersensível, na acne vulgar a pele interlesional pode apresentar apenas seborreia difusa, sem eritema de base crônico ou microvasos tortuosos.

Outras condições devem ser consideradas no diagnóstico diferencial:

- Dermatite perioral: caracteristicamente poupa uma estreita margem cutânea ao redor do vermelhão dos lábios.
- Foliculites infecciosas (bacterianas ou fúngicas): cujas pústulas são estritamente monomórficas e centradas em folículos pilosos, muitas vezes extrafaciais.
- Lúpus eritematoso sistêmico: cuja clássica lesão em "asa de borboleta" não apresenta o componente papulopustular folicular visto na acne ou na rosácea, além de apresentar fotosensibilidade severa e possíveis sintomas sistêmicos (POWELL; NÍ RAGHALLAIGH, 2018).

Histopatologia

A avaliação histopatológica raramente é necessária para o diagnóstico rotineiro, mas pode auxiliar em casos atípicos, granulomatosos, refratários ou quando há suspeita de outras doenças inflamatórias, infecciosas ou neoplásicas.

- Acne: os achados refletem a evolução da lesão folicular. Observa-se obstrução do folículo pilosebáceo por material queratinoso, distensão folicular por sebo e queratina, inflamação perifolicular aguda e, nas lesões mais intensas, ruptura da parede folicular com liberação do conteúdo para a derme (ZAENGLEIN; THIBOUTOT, 2018). Essa ruptura induz uma reação inflamatória secundária de corpo estranho, que pode assumir padrão granulomatoso e contribuir para destruição tecidual e cicatrização fibrotica.
- Rosácea: os achados histológicos variam conforme o fenótipo e a fase da doença. Observa-se ectasia de vasos sanguíneos e linfáticos na derme superficial, edema dérmico, elastose solar em graus variados e infiltrado inflamatório perivascular e perifolicular composto por linfócitos, histiócitos e plasmócitos (PO-

WELL; NÍ RAGHALLAIGH, 2018). Em alguns casos, pode haver aumento significativo da densidade de *Demodex folliculorum* nos folículos. Nas formas granulomatosas, granulomas epitelioides perifoliculares podem ser encontrados. Nas formas fimatosas, predominam hiperplasia sebácea massiva, fibrose dérmica e distorção arquitetural do tecido cutâneo.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

O planejamento terapêutico para ambas as doenças deve ser estritamente individualizado, considerando a gravidade das lesões, a tolerabilidade cutânea do paciente e as diretrizes científicas atualizadas.

Tratamento da acne vulgar

As diretrizes de primeira linha preconizam terapias tópicas que combinam o peróxido de benzoíla a retinoides tópicos (como adapaleno, tretinoína e tazaroteno), demonstrando maior eficácia do que as monoterapias devido à ação sinérgica na normalização da queratinização folicular e no controle bacteriano do *C. acnes* (REYNOLDS *et al.*, 2024). Antibióticos tópicos, como clindamicina e eritromicina, não devem ser utilizados em monoterapia, devido ao alto risco de indução de resistência bacteriana. Quando indicados, devem ser invariavelmente combinados ao peróxido de benzoíla e utilizados por tempo limitado (idealmente não superior a 3-4 meses). No campo das inovações tópicas, destaca-se a clascoterona a 1%, o primeiro inibidor tópico do receptor de andrógenos aprovado, oferecendo uma nova via de controle da seborreia.

Nas formas inflamatórias moderadas a graves, ou quando há acometimento extenso de face, dorso ou tórax, antibióticos orais da classe das tetraciclinas podem ser indicados (REY-

NOLDS *et al.*, 2024). A doxiciclina e a limeciclina são frequentemente preferidas pelo perfil de eficácia, disponibilidade e segurança. A minociclina pode ser altamente eficaz, mas seu uso exige cautela por eventos adversos específicos, como hiperpigmentação cutânea/mucosa, reações de hipersensibilidade (DRESS), alterações vestibulares e lúpus induzido por drogas. O uso de antibióticos sistêmicos deve ser limitado ao menor período necessário (geralmente 3 a 4 meses), sempre associado a terapia tópica adequada, e seguido por manutenção com retinóide tópico e/ou peróxido de benzoíla.

Para mulheres com acne de padrão hormonal ou associada ao hiperandrogenismo, o uso de anticoncepcionais orais combinados (preferencialmente com progestágenos antiandrogênicos como drospirenona ou ciproterona) e da espironolactona oral (em doses de 50 a 200 mg/dia) tem ganhado amplo respaldo científico, oferecendo eficácia comparável à dos antibióticos a longo prazo, sem o risco de indução de resistência bacteriana global (LAI; BARBIERI, 2025).

Tratamento da rosácea

No manejo da rosácea, o foco inicial concentra-se no controle do eritema, da hiperreatividade vascular e na restauração rigorosa da barreira epidérmica disfuncional através de dermocosméticos adequados (sabonetes *syndet*, hidratantes com ceramidas e fotoproteção inorgânica/física) (AMSTUTZ *et al.*, 2025).

As intervenções de primeira linha para o componente papulopustuloso combinam agentes anti-inflamatórios tópicos (metronidazol, ácido azelaico, ivermectina) com antibióticos orais em doses subantimicrobianas (anti-inflamatórias). O uso de doxiciclina em dose baixa (40 mg de liberação modificada) visa estritamente o aproveitamento de suas propriedades anti-inflamatórias (inibição de metaloproteínas e quimiotaxia de neutrófilos) sem alterar a

flora bacteriana normal. O uso prolongado de antibióticos sistêmicos em doses plenas deve ser evitado como estratégia essencial para mitigar o desenvolvimento de resistência (BHATIA *et al.*, 2025). Para o eritema persistente, agentes agonistas alfa-adrenérgicos tópicos (brimonidina, oximetazolina) podem oferecer clareamento transitório, enquanto tecnologias de luz (luz intensa pulsada, Nd:YAG, PDL) tratam as telangiectasias e o eritema de fundo de forma mais duradoura (AMSTUTZ *et al.*, 2025).

O papel da isotretinoína oral

A isotretinoína sistêmica ocupa um lugar de destaque em ambas as patologias, consolidando-se como uma das intervenções mais potentes da dermatologia moderna, embora seja empregada em regimes posológicos e com objetivos clínicos inteiramente distintos.

Na acne vulgar

A evidência mais robusta sobre o seu uso a longo prazo provém de um amplo estudo de coorte que acompanhou 19.907 pacientes (idade média de 20,6 anos) tratados com o fármaco. Os resultados demonstraram que, embora a medicação seja altamente eficaz em induzir a remissão, cerca de 22,5% dos indivíduos experimentaram recaída clínica geral da acne após o término do tratamento, e 8,2% apresentaram uma gravidade que demandou a necessidade de repetir o ciclo terapêutico completo (LAI; BARBIERI, 2025). O sexo feminino e idades mais jovens no início do tratamento estão significativamente associados a maiores taxas de recidiva.

Crucialmente, os dados evidenciaram que o alcance de uma dose cumulativa total elevada (tradicionalmente entre 120 e 150 mg/kg, ou até maior em casos severos) ao final do tratamento possui maior relevância clínica na prevenção de recaídas do que a intensidade da dose diária administrada (LAI; BARBIERI, 2025). Logo, a dosagem diária na acne pode ser flexibilizada

(0,5 a 1,0 mg/kg/dia) e individualizada para melhorar a tolerabilidade. As indicações atuais da isotretinoína na acne expandiram-se, englobando não apenas as formas nódulo-císticas graves, mas também quadros moderados que sejam resistentes ao tratamento convencional, que induzam cicatrizes precoces ou que provoquem sofrimento psicológico significativo.

Na rosácea

Na rosácea moderada a grave e recalcitrante aos tratamentos convencionais, o uso *off-label* de isotretinoína em baixa dose (LDI - *low dose isotretinoin*) posiciona-se como uma estratégia respaldada por nível de evidência de moderado a forte. Seu mecanismo de ação baseia-se na potente atividade imunomoduladora e anti-inflamatória via regulação negativa do receptor TLR-2, implicado na fisiopatologia da doença. Evidências clínicas corroboram que regimes terapêuticos utilizando doses baixas (0,1 a 0,3 mg/kg/dia ou doses fixas de 10 a 20 mg/dia) proporcionam reduções expressivas de 71% a 83% no número de pápulas e pústulas, além do eritema, podendo atingir a resolução completa do quadro. Acompanhamentos a longo prazo comprovam que, após o controle inicial, a dose pode ser reduzida com sucesso para esquemas de manutenção de 10 mg apenas duas a três vezes por semana, ou microdosagem contínua para assegurar a remissão. Ensaios clínicos demonstraram que a administração de isotretinoína em baixa dose alcançou escores de melhora global estatisticamente superiores quando comparada à administração de minociclina diária (DESAI; FRIEDMAN, 2024).

Segurança e monitoramento

Em regimes de baixa dosagem, a tolerabilidade da isotretinoína é significativamente otimizada, limitando os efeitos colaterais a manifestações mucocutâneas leves (queilite, xerose, olho seco). Em relação aos exames de controle, estudos recentes demonstraram que a realização

rotineira de exames laboratoriais extensos mensais não se faz necessária para pacientes saudáveis, bastando controles pontuais de perfil lipídico e enzimas hepáticas. Contudo, as evidências de segurança reforçam que, independentemente da dose diária prescrita ou da patologia tratada, a realização de testes de gravidez mensais estritos e a implementação compulsória de dois métodos contraceptivos simultâneos são mandatórias para todas as mulheres com potencial reprodutivo, em virtude do elevado e invariável risco de teratogenicidade (síndrome do ácido retinóico fetal) associado ao fármaco (REYNOLDS *et al.*, 2024; DESAI; FRIEDMAN, 2024).

CONCLUSÃO

O manejo atual e bem-sucedido da acne vulgar e da rosácea exige a transição definitiva de modelos de tratamento puramente sintomáticos para abordagens integradas, precoces e baseadas em evidências científicas. O avanço no esclarecimento de suas complexas cascatas inflamatórias e perfis genéticos permitiu o desenvolvimento de terapias multimodais que combinam diferentes mecanismos de ação para maximizar a eficácia clínica e minimizar desfechos desfavoráveis, como a resistência bacteriana.

Ao individualizar as condutas, seja calculando a dose cumulativa ideal da isotretinoína na acne com base em dados de grandes coortes, seja instituindo regimes de microdoses de manutenção na rosácea validados por ensaios comparativos, o dermatologista assegura o controle sustentável de ambas as patologias. Mais do que restabelecer a integridade da barreira cutânea e a homeostase vascular, a intervenção terapêutica correta e precoce cumpre o papel indispensável de prevenir sequelas físicas indelévels (como cicatrizes atróficas e rinofima) e mitigar o severo sofrimento psicossocial, devolvendo de forma concreta a funcionalidade, a autoestima e a qualidade de vida aos pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMSTUTZ, A.V. *et al.* Topical medications for moderate-to-severe rosacea: protocol for a living systematic review and network meta-analysis. *BMJ Open*, v. 15, e109057, 2025. doi: 10.1136/bmjopen-2025-109057.

BHATIA, N. *et al.* Efficacy, safety, and tolerability of oral DFD-29, a low-dose formulation of minocycline, in rosacea: two phase 3 randomized clinical trials. *JAMA Dermatology*, v. 161, p. 499, 2025. doi: 10.1001/jamadermatol.2024.6542.

DESAI, S. & FRIEDMAN, A. Isotretinoin for rosacea: a systematic review. *JAAD International*, v. 16, p. 112, 2024. doi: 10.1016/j.jdin.2024.04.009.

LAI, J. & BARBIERI, J.S. Acne relapse and isotretinoin retreatment in patients with acne. *JAMA Dermatology*, v. 161, p. 367, 2025. doi: 10.1001/jamadermatol.2024.5416.

POWELL, F.C. & NÍ RAGHALLAIGH, S. Rosácea e distúrbios relacionados. In: BOLOGNIA, J.L. *et al.*, editores. *Dermatologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.

REYNOLDS, R.V. *et al.* Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *Journal of the American Academy of Dermatology*, v. 90, 2024. doi: 10.1016/j.jaad.2023.12.017.

ZAENGLEIN, A.L. & THIBOUTOT, D.M. Acne vulgar. In: BOLOGNIA, J.L. *et al.*, editores. *Dermatologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2018.