

PRISMA ODS
REVISTA MULTIDISCIPLINARIA
SOBRE DESARROLLO SOSTENIBLE
ISSN: 3072-8452

**ROSÁCEA, PSORIASIS Y
DERMATITIS
SEBORREICA: REVISIÓN
SISTEMÁTICA DE SUS
COMPLICACIONES
OFTALMOLÓGICAS**

*ROSACEA, PSORIASIS AND
SEBORRHEIC DERMATITIS:
SYSTEMATIC REVIEW OF THEIR
OPHTHALMOLOGICAL
COMPLICATIONS*

AUTORES

**JORGE ANDRÉS
PERALVO SALTOS**

AUTOR
INDEPENDIENTE
ECUADOR

**SABRINA PAOLA
PERALVO SALTOS**

AUTORA
INDEPENDIENTE
ECUADOR

Rosácea, Psoriasis y Dermatitis Seborreica: Revisión Sistemática de sus Complicaciones Oftalmológicas

Rosacea, Psoriasis and Seborrheic Dermatitis: Systematic Review of Their
Ophthalmological Complications

Jorge Andrés Peralvo Saltos

-egrojxovlarep@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9695-1473>

Autor Independiente

Ecuador

Sabrina Paola Peralvo Saltos

-paola.sabr@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5026-1901>

Autora Independiente

Ecuador

Artículo recibido: 20/05/2026

Aceptado para publicación: 24/06/2026

Conflictos de Intereses: Ninguno que declarar

RESUMEN

Las enfermedades inflamatorias crónicas de la piel, particularmente la rosácea, la psoriasis y la dermatitis seborreica, representan condiciones prevalentes a nivel mundial con impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. Aunque su manifestación primaria es cutánea, existe evidencia creciente de que estas patologías pueden comprometer el segmento anterior del ojo, generando complicaciones oftalmológicas que, de no ser detectadas y tratadas oportunamente, pueden derivar en daño ocular permanente. El objetivo de esta revisión fue analizar sistemáticamente las complicaciones oftalmológicas asociadas a la rosácea, la psoriasis y la dermatitis seborreica, considerando su fisiopatología, prevalencia y manejo clínico. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Cochrane Library, LILACS y SciELO, con términos MeSH en español e inglés, incluyendo artículos publicados entre 2013 y 2024. Los resultados evidencian que la rosácea ocular afecta entre el 6% y el 72% de los pacientes con rosácea cutánea, manifestándose principalmente como blefaritis, conjuntivitis y queratitis. La psoriasis se asocia con uveítis en el 7-9% de los casos, así como queratoconjuntivitis seca y blefaritis psoriásica. La dermatitis seborreica presenta blefaritis seborreica como la manifestación ocular más frecuente, con potencial de conjuntivitis recurrente y síndrome de ojo seco. Se concluye que el manejo multidisciplinario entre dermatología y oftalmología es fundamental para el diagnóstico precoz y el tratamiento integral de estas complicaciones.

Palabras clave: rosácea, psoriasis, dermatitis seborreica, complicaciones oftalmológicas, blefaritis

ABSTRACT

Chronic inflammatory skin diseases, particularly rosacea, psoriasis, and seborrheic dermatitis, are prevalent conditions worldwide with a significant impact on patients' quality of life. Although their primary manifestation is cutaneous, growing evidence suggests these pathologies can compromise the anterior segment of the eye, generating ophthalmological complications that, if not detected and treated promptly, may lead to permanent ocular damage. The aim of this review was to systematically analyze the ophthalmological complications associated with rosacea, psoriasis, and seborrheic dermatitis, considering their pathophysiology, prevalence, and clinical management. A literature search was conducted in PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, Cochrane Library, LILACS, and SciELO databases, using MeSH terms in Spanish and English, including articles published between 2013 and 2024. Results show that ocular rosacea affects between 6% and 72% of patients with cutaneous rosacea, manifesting primarily as blepharitis, conjunctivitis, and keratitis. Psoriasis is associated with uveitis in 7-9% of cases, as well as keratoconjunctivitis sicca and psoriatic blepharitis. Seborrheic dermatitis presents seborrheic blepharitis as the most frequent ocular manifestation, with potential for recurrent conjunctivitis and dry eye syndrome. It is concluded that multidisciplinary management integrating dermatology and ophthalmology is fundamental for early diagnosis and comprehensive treatment of these complications.

Keywords: rosacea, psoriasis, seborrheic dermatitis, ophthalmological complications, blepharitis

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades inflamatorias crónicas de la piel constituyen un problema de salud pública de alcance global, con profundas repercusiones sobre la calidad de vida, la salud mental y la productividad de quienes las padecen. Según estimaciones del Global Burden of Disease Study 2017, las condiciones dermatológicas afectan aproximadamente a 900 millones de personas en el mundo, posicionándose entre las causas más frecuentes de años vividos con discapacidad (Hay et al., 2014; Karimkhani et al., 2017). En este contexto, la rosácea, la psoriasis y la dermatitis seborreica se destacan como tres de las dermatosis crónicas más prevalentes, cuya carga epidemiológica trasciende la afectación cutánea para comprometer dimensiones sistémicas que incluyen, de manera no siempre reconocida, el aparato visual (Griffiths et al., 2021).

La rosácea es una dermatosis inflamatoria crónica de etiología multifactorial, cuya expresión clínica predomina en la piel facial de adultos en edad media, particularmente en individuos de fototipos claros. Su prevalencia mundial varía entre el 2% y el 22% dependiendo de los criterios diagnósticos utilizados y la región geográfica estudiada, con mayor frecuencia reportada en poblaciones de ascendencia nórdica y europeo-occidental (Tan y Berg, 2013). En América Latina, aunque los datos epidemiológicos precisos son escasos, diversos estudios clínicos regionales sugieren que la rosácea se encuentra subestimada en población mestiza debido a la dificultad para reconocer el eritema en fototipos cutáneos más oscuros (Arenas, 2015). La clasificación propuesta por el Comité Experto de la National Rosacea Society en 2017 distingue cuatro subtipos principales: eritematotelangiectásica, papulopustulosa, fimatosa y ocular, siendo esta última la que evidencia la conexión entre la afectación cutánea y la oftalmológica (Gallo et al., 2018).

La psoriasis, por su parte, constituye una enfermedad sistémica de base inmunomediada que afecta entre el 2% y el 3% de la población mundial, con una cifra absoluta estimada superior a los 125 millones de personas (Armstrong y Read, 2020). Su fisiopatología involucra una respuesta inmunitaria aberrante con participación central de los linfocitos T helper 1 (Th1) y T helper 17 (Th17), que promueven la secreción exacerbada de citocinas proinflamatorias como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), la interleucina-17 (IL-17) y la interleucina-23 (IL-23). Estas moléculas no solo perpetúan el proceso inflamatorio cutáneo, sino que también circulan sistémicamente y pueden alcanzar tejidos diana extra cutáneos, incluyendo el uvea y la superficie ocular (Rendon y Schäkel, 2019). Las comorbilidades sistémicas de la

psoriasis son bien conocidas —artritis psoriásica, síndrome metabólico, enfermedad cardiovascular—, pero las manifestaciones oftalmológicas, aunque igualmente relevantes desde el punto de vista clínico, reciben comparativamente menor atención en la literatura (Boehncke y Schön, 2015).

La dermatitis seborreica (DS) es una condición inflamatoria crónica y recurrente que afecta preferentemente las regiones ricas en glándulas sebáceas, entre ellas el cuero cabelludo, la región central del rostro, las cejas, los surcos nasolabiales y retroauriculares, y la región presternal. Su prevalencia en la población adulta oscila entre el 1% y el 5% en condiciones generales, pero asciende significativamente en individuos con inmunosupresión, particularmente en pacientes con infección por VIH, donde puede alcanzar hasta el 83% (Tucker y Masood, 2023; Dall'Oglio et al., 2022; Patel y Dalia, 2024). Aunque la DS fue históricamente considerada una afección exclusivamente cutánea, diversas investigaciones han documentado su capacidad para comprometer el borde palpebral y la superficie ocular a través de la blefaritis seborreica, una entidad clínica con implicaciones funcionales relevantes sobre la película lagrimal y la salud corneal (Hay, 2011).

El vínculo anatomofisiológico entre la piel y el ojo resulta especialmente evidente en la región periocular. Los párpados, como estructura de transición entre el tegumento cutáneo y la mucosa conjuntival, albergan unidades foliculopilosebáceas, glándulas de Meibomio y células de Goblet que participan activamente en la homeostasis de la superficie ocular. Las glándulas de Meibomio, en particular, son responsables de secretar la capa lipídica de la película lagrimal, esencial para prevenir la evaporación acuosa y mantener la estabilidad lagrimal. Cuando los procesos inflamatorios cutáneos crónicos comprometen el borde palpebral, la función meibomiana se deteriora, dando lugar a la disfunción de glándulas de Meibomio (DGM), entidad que subyace a una proporción significativa de los síndromes de ojo seco evaporativo (Amescua et al., 2019).

Las implicaciones clínicas de las complicaciones oftalmológicas derivadas de las dermatosis inflamatorias crónicas son diversas y, en algunos casos, potencialmente graves. La queratitis grave asociada a la rosácea ocular puede evolucionar hacia la ulceración corneal y la ceguera si no se identifica y trata de forma oportuna. La uveítis anterior crónica vinculada a la psoriasis, especialmente en pacientes con antígeno leucocitario humano HLA-B27 positivo, puede asociarse con complicaciones estructurales intraoculares, incluyendo sinequias posteriores, cataratas secundarias y glaucoma secundario (Rehal et al., 2011). Por su parte, la

blefaritis seborreica crónica puede originar conjuntivitis papilar recurrente, chalazión de repetición y, en casos avanzados, trichiasis y entropión cicatricial, todos ellos con repercusión directa sobre la función visual (Vieira et al., 2012).

Desde una perspectiva epidemiológica y de salud pública, la situación en Ecuador y en América Latina en general se caracteriza por una notoria escasez de datos locales sobre la prevalencia de estas dermatosis y sus complicaciones oculares. Los sistemas de vigilancia epidemiológica dermatológica en la región presentan importantes brechas de registro, lo que dificulta la planificación de políticas sanitarias integrales que incorporen el cribado oftalmológico como componente del seguimiento de estos pacientes. La composición étnica predominantemente mestiza de la población ecuatoriana, con fototipos cutáneos oscuros que pueden enmascarar el eritema característico de la rosácea, y la alta exposición a radiación ultravioleta producto de la ubicación geográfica ecuatorial, representan factores que podrían modificar la expresión fenotípica y la evolución de estas condiciones (Arenas, 2015).

La inflamación crónica de bajo grado que caracteriza a estas tres patologías comparte mecanismos fisiopatológicos convergentes que trascienden los compartimentos cutáneo y ocular. La disfunción de la barrera epitelial, la disbiosis microbiana, la activación del sistema inmune innato y la amplificación de la cascada inflamatoria mediada por citocinas proinflamatorias constituyen ejes comunes sobre los que se articulan las manifestaciones clínicas en diferentes órganos (Steinhoff et al., 2011; Nestle et al., 2009). Comprender estas vías moleculares compartidas no solo enriquece el abordaje fisiopatológico, sino que también abre perspectivas terapéuticas innovadoras que podrían beneficiar simultáneamente las manifestaciones cutáneas y oftalmológicas.

La evidencia acumulada en los últimos años subraya la necesidad de un enfoque clínico integral que supere la segmentación especializada convencional entre la dermatología y la oftalmología. La detección precoz de las manifestaciones oculares en pacientes con rosácea, psoriasis o dermatitis seborreica requiere de una colaboración estructurada entre ambas especialidades, con protocolos de cribado oftalmológico sistemático que formen parte del seguimiento dermatológico de rutina. Esta necesidad resulta especialmente apremiante en los contextos de atención primaria, donde la consulta dermatológica suele ser el primer y único punto de contacto del paciente con el sistema de salud para estas condiciones (van Zuuren et al., 2021).

En este marco, el presente trabajo tiene como objetivo realizar una revisión sistemática de la literatura científica actualizada sobre las complicaciones oftalmológicas asociadas a la rosácea, la psoriasis y la dermatitis seborreica, con énfasis en su fisiopatología, prevalencia clínica, formas de presentación y estrategias de manejo. Se busca proporcionar evidencia sintética y actualizada que oriente la práctica clínica integrada en el ámbito de la dermatología y la oftalmología, con particular atención al contexto latinoamericano y ecuatoriano.

METODOLOGÍA

Diseño del estudio

El presente trabajo adoptó un diseño de revisión sistemática de la literatura científica, orientado a sintetizar la evidencia disponible sobre las complicaciones oftalmológicas de la rosácea, la psoriasis y la dermatitis seborreica. La revisión fue estructurada conforme a los lineamientos metodológicos de la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) y siguió un protocolo de búsqueda predefinido que garantizó la reproducibilidad y transparencia del proceso.

Estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se realizó durante el segundo semestre de 2024 en las siguientes bases de datos electrónicas: PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science (WoS), Cochrane Library, LILACS (Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud) y SciELO (Scientific Electronic Library Online). Los términos de búsqueda, combinados mediante operadores booleanos (AND, OR, NOT), incluyeron: "rosacea AND ocular manifestations", "rosacea AND ophthalmological complications", "ocular rosacea", "psoriasis AND uveitis", "psoriasis AND ocular involvement", "psoriasis AND ophthalmology", "seborrheic dermatitis AND blepharitis", "seborrheic dermatitis AND ophthalmology", "seborrheic dermatitis AND ocular", y sus equivalentes en español: "rosácea AND complicaciones oculares", "psoriasis AND uveítis", "dermatitis seborreica AND blefaritis ocular". Se emplearon términos MeSH (Medical Subject Headings) para garantizar la exhaustividad de la búsqueda.

Criterios de inclusión y exclusión

Fueron incluidos en la revisión: (1) artículos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis, revisiones narrativas y guías de práctica clínica; (2) publicaciones de los últimos diez años

(2013-2024), con excepción de estudios clásicos con relevancia histórica o fisiopatológica indispensable; (3) estudios realizados en seres humanos; y (4) publicaciones que abordaran específicamente las manifestaciones o complicaciones oftalmológicas en pacientes diagnosticados con rosácea, psoriasis o dermatitis seborreica.

Fueron excluidos: artículos sin acceso al texto completo, reportes de caso únicos sin revisión crítica del tema, publicaciones en idiomas distintos del español o el inglés, y trabajos con datos no verificables o calidad metodológica insuficiente según la escala GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation).

Selección y análisis de estudios

La selección de artículos se realizó en tres etapas consecutivas: cribado por título, revisión de resúmenes y lectura completa de los artículos elegibles. Se identificaron inicialmente 312 registros, de los cuales se eliminaron 87 duplicados. Tras el cribado por título y resumen, 163 registros adicionales fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión. Finalmente, 28 artículos fueron seleccionados para el análisis narrativo y cuantitativo de la evidencia. La extracción de datos fue realizada de forma independiente por el autor, consignando información sobre diseño del estudio, población, prevalencia de manifestaciones oftalmológicas, mecanismos fisiopatológicos y estrategias terapéuticas.

RESULTADOS

Rosácea

Características generales y epidemiología

La rosácea es una enfermedad inflamatoria crónica de la piel facial con predilección por el tercio central del rostro —nariz, mejillas, mentón y frente— y que afecta principalmente a adultos entre los 30 y 60 años de edad. Epidemiológicamente, su prevalencia global varía entre el 5% y el 10% de la población adulta en estudios de base comunitaria, con cifras más elevadas reportadas en población de ascendencia escandinava o céltica, y menores en poblaciones latinoamericanas y asiáticas, posiblemente por subestimación diagnóstica en fototipos cutáneos oscuros (Tan y Berg, 2013). Afecta con mayor frecuencia a mujeres, aunque en hombres tiende a presentar formas más severas, incluyendo la rinofima.

La clasificación vigente, propuesta por el Comité Experto de la National Rosacea Society en su actualización de 2017, reconoce cuatro subtipos clínicos: (a) Subtipo I o

eritematotelangiectásico, caracterizado por eritema centrofacial persistente, rubor y telangiectasias; (b) Subtipo II o papulopustuloso, que presenta pápulas y pústulas sobre una base eritematosa; (c) Subtipo III o fimatoso, con engrosamiento irregular de la piel y agrandamiento nasal (rínofima); y (d) Subtipo IV u ocular, con manifestaciones que afectan los párpados y el segmento anterior del ojo. Los subtipos pueden coexistir y evolucionar de forma independiente (Gallo et al., 2018).

Fisiopatología

La fisiopatología de la rosácea es multifactorial y no completamente elucidada. Los mecanismos propuestos incluyen: disfunción neurovascular con hiperrespuesta vasodilatadora, activación del sistema inmune innato con sobreexpresión de péptidos antimicrobianos como la catelicidina LL-37, disfunción de la barrera epidérmica, colonización anómala por el ácaro *Demodex folliculorum*, y respuestas aberrantes a estímulos ambientales como la radiación ultravioleta, el calor y el estrés emocional (Steinhoff et al., 2011; Schaller et al., 2017; Khatri et al., 2023). La señalización a través de los receptores tipo Toll (TLR), especialmente TLR2, y la vía del factor activador de plaquetas (PAF) contribuyen a la liberación de mediadores proinflamatorios como las interleucinas IL-1 β , IL-6 y IL-8, que perpetúan el ciclo inflamatorio crónico. Estudios moleculares recientes han confirmado la activación aberrante de las vías de señalización STAT3, NF- κ B y MAPKs como moduladores claves de la inflamación crónica y la angiogénesis en la rosácea (Khatri et al., 2023).

Complicaciones oftalmológicas

La rosácea ocular (RO) es la manifestación extradermatológica más reconocida de esta enfermedad, aunque también la más frecuentemente subestimada en la práctica clínica. Las estimaciones de prevalencia oscilan entre el 6% y el 72% de los pacientes con rosácea cutánea, dependiendo de los criterios diagnósticos y la población estudiada (Vieira et al., 2012; Avraham et al., 2024). Revisiones sistemáticas recientes confirman que esta condición puede preceder a las manifestaciones cutáneas en un 20% de los casos, siendo frecuentemente confundida con blefaritis crónica idiopática o síndrome de ojo seco (Avraham et al., 2024). En el contexto latinoamericano, Malagón-Liceaga et al. (2023) destacan que su manejo requiere un enfoque interdisciplinario que integre dermatología y oftalmología, dado que la mayoría de las guías actuales se centran casi exclusivamente en las manifestaciones cutáneas. La relación entre rosácea y ojo seco tiene una base fisiopatológica sólida documentada por

estudios recientes que demuestran alteración funcional de las glándulas de Meibomio como mecanismo central (Sobolewska et al., 2022).

Las manifestaciones oftalmológicas de la rosácea son diversas y pueden comprometer múltiples estructuras del segmento anterior. La blefaritis —tanto anterior como posterior— representa la forma más común de RO y se caracteriza por la inflamación del borde palpebral con formación de escamas, telangiectasias palpebrales y disfunción de las glándulas de Meibomio. Esta última genera una película lagrimal inestable con evaporación acelerada, dando lugar al síndrome de ojo seco evaporativo que afecta a una proporción significativa de los pacientes. La conjuntivitis crónica, frecuentemente de tipo papilar, es también una manifestación habitual, caracterizada por hiperemia conjuntival, secreción mucosa y sensación de cuerpo extraño (Gallo et al., 2018).

Las complicaciones más graves de la RO incluyen la queratitis epitelial superficial y, en casos avanzados, la queratitis estromal periférica y la ulceración corneal. La neovascularización corneal de localización periférica inferior, secundaria a la inflamación crónica del limbo esclerocorneal, puede comprometer progresivamente la transparencia corneal y la función visual. La epiescleritis y la escleritis —aunque infrecuentes— representan complicaciones potencialmente graves que requieren tratamiento inmunosupresor sistémico. La uveítis anterior es excepcionalmente rara en la RO y debe orientar al clínico hacia la exclusión de otras entidades sistémicas como la artritis reactiva o la espondilitis anquilosante (Vieira et al., 2012).

Figura 1. Manifestación clínica de rosácea. Imagen de dominio público, Wikimedia Commons (CC BY-SA 4.0)



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 1. Complicaciones oftalmológicas asociadas a la rosácea: prevalencia y nivel de gravedad

MANIFESTACION OFTALMOLOGICA	PREVALENCIA ESTIMADA	NIVEL DE GRAVEDAD
Blefaritis anterior y posterior	30-50% de pacientes con rosacea cutanea	Leve a moderado
Conjuntivitis cronica	20-40%	Leve
Disfuncion de glandulas de Meibomio	25-50%	Moderado
Queratitis superficial	5-15%	Moderado a grave
Epiescleritis	2-5%	Moderado
Iritis / Uveitis anterior	< 2%	Grave (potencial perdida visual)
Neovascularizacion corneal	5-10%	Grave

Fuente: Elaboración propia basada en Gallo et al. (2018), Vieira et al. (2012) y Schaller et al. (2017).

Psoriasis

Características generales y epidemiología

La psoriasis es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica de etiología inmunomediada con expresión predominantemente cutánea, aunque con afectación articular en el 30% de los casos (artritis psoriásica) y múltiples comorbilidades sistémicas bien documentadas. Su prevalencia global se estima entre el 2% y el 3% de la población mundial, aunque con significativa variación geográfica: es más prevalente en regiones de alta latitud (Escandinavia, norte de Europa) y menos frecuente en Asia y América Latina (Armstrong y Read, 2020). En Ecuador y en general en Latinoamérica, la prevalencia estimada oscila entre el 1% y el 2%, con acceso limitado a tratamientos biológicos de última generación (Arenas, 2015).

La enfermedad puede debutar a cualquier edad, pero presenta dos picos de incidencia: el primero entre los 20 y 30 años (forma de inicio temprano, asociada a mayor carga genética y mayor severidad clínica) y el segundo entre los 50 y 60 años (forma de inicio tardío). Clínicamente, se manifiesta como placas eritematoescamosas bien delimitadas, de color rosado-salmón con escama plateada, que afectan preferentemente codos, rodillas, cuero cabelludo, región lumbosacra y pliegues. Las variantes clínicas incluyen la psoriasis en gotas, eritrodérmica, pustulosa generalizada y la que afecta específicamente las uñas y los pliegues (Boehncke y Schön, 2015; Griffiths et al., 2021).

Fisiopatología

La psoriasis se origina en la interacción entre una predisposición genética poligénica —con participación del haplotipo HLA-Cw6 en la forma de inicio temprano— y desencadenantes ambientales que incluyen infecciones estreptocócicas, traumatismos cutáneos (fenómeno de Koebner), estrés psicosocial, fármacos y alcohol. A nivel celular, las células dendríticas plasmocitoides y mieloides de la dermis captan antígenos y activan a los linfocitos T CD4+ naive, diferenciándolos hacia el fenotipo Th1 y Th17. Los linfocitos Th17 secretan IL-17A, que actúa sobre los queratinocitos estimulando su hiperproliferación y la secreción de más citocinas proinflamatorias, perpetuando el ciclo (Rendon y Schäkel, 2019). El TNF- α , la IL-23 y la IL-12 son dianas terapéuticas establecidas de los agentes biológicos actualmente en uso clínico.

Complicaciones oftalmológicas

Las complicaciones oftalmológicas de la psoriasis son más frecuentes de lo que habitualmente se reconoce en la práctica clínica dermatológica. Su prevalencia global en pacientes con psoriasis oscila entre el 10% y el 25% dependiendo del tipo de manifestación estudiada, con la queratoconjuntivitis seca como la condición más prevalente y la uveítis anterior como la más clínicamente significativa (Rehal et al., 2011).

La uveítis anterior es la complicación oftalmológica más grave asociada a la psoriasis, con una prevalencia estimada de entre el 7% y el 9% en pacientes psoriásicos. Puede presentarse de forma aguda, con ojo rojo doloroso, fotofobia y disminución de agudeza visual, o de forma crónica subclínica, detectable solo mediante biomicroscopía. En pacientes psoriásicos con artritis psoriásica y HLA-B27 positivo, el riesgo de uveítis anterior es significativamente mayor, con tendencia a presentar episodios recurrentes y complicaciones estructurales como sinequias posteriores, cataratas secundarias y glaucoma uveal crónico (Griffiths et al., 2021).

La queratoconjuntivitis seca, presente en un 10-25% de los pacientes con psoriasis, se vincula a la disfunción lagrimal mediada por citocinas proinflamatorias circulantes que alteran la función de las células de Goblet conjuntivales y las glándulas lacrimales accesorias. La blefaritis psoriásica, aunque menos frecuente que la seborreica, puede presentarse con placas eritematoescamosas sobre el borde palpebral e incluso con extensión a la conjuntiva tarsal. La conjuntivitis psoriásica es relativamente infrecuente y de difícil diagnóstico diferencial con otras formas de conjuntivitis crónica. La episcleritis y la escleritis en el contexto psoriásico corresponden a manifestaciones vasculíticas que requieren evaluación sistémica y tratamiento inmunosupresor (Rehal et al., 2011; Menter et al., 2019; Faneli et al., 2025).

Un aspecto clínico relevante es que los tratamientos sistémicos empleados en la psoriasis — especialmente los corticoides orales y los fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) como el metotrexato y la ciclosporina— pueden ejercer efectos secundarios oculares directos, incluyendo catarata subcapsular posterior por el uso prolongado de corticoides, toxicidad retiniana por hidroxiclороquina (cuando se usa concomitantemente) y mayor susceptibilidad a infecciones oculares oportunistas en el contexto de inmunosupresión (Armstrong y Read, 2020).

Figura 2. Manifestación clínica de psoriasis. Imagen de dominio público, Wikimedia Commons (CC BY-SA 3.0)



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Complicaciones oftalmológicas asociadas a la psoriasis: prevalencia y mecanismo predominante

MANIFESTACION OFTALMOLOGICA	PREVALENCIA ESTIMADA	MECANISMO PREDOMINANTE
Uveitis anterior (iritis)	7-9%	Autoinmune (HLA-B27 relacionado)
Queratoconjuntivitis seca	10-25%	Disfuncion lagrimal / inflamacion
Blefaritis psoriasica	5-12%	Extension del proceso inflamatorio
Conjuntivitis	5-10%	Inflamacion de la superficie ocular
Cataratas (asociadas a tratamiento)	Variable (uso de corticoides)	Efecto adverso farmacologico
Glaucoma	Incremento de riesgo	Inflamacion uveal cronica
Epiescleritis / Escleritis	1-3%	Vasculitis inmunomediada

Fuente: Elaboración propia basada en Rehal et al. (2011), Griffiths et al. (2021), Armstrong y Read (2020) y Menter et al. (2019).

Dermatitis Seborreica

Características generales y epidemiología

La dermatitis seborreica (DS) es una afección inflamatoria crónica que predomina en las regiones anatómicas con mayor densidad de glándulas sebáceas. Su cuadro clínico se caracteriza por placas eritematosas cubiertas de escamas de aspecto oleoso, con distribución en cuero cabelludo, glabella, pliegues nasolabiales, región retroauricular, conducto auditivo externo y región centrotorácica. En los párpados, la DS se manifiesta como blefaritis anterior con escamas engrasadas en la base de las pestañas, a menudo denominada blefaritis seborreica. La prevalencia de la DS en la población adulta general se sitúa entre el 1% y el 5%, aunque puede elevarse significativamente en pacientes con patología neurológica (enfermedad de Parkinson, accidente cerebrovascular), condiciones neuropsiquiátricas y en individuos inmunocomprometidos (Tucker y Masood, 2023).

Desde el punto de vista clínico, la DS presenta un patrón evolutivo de recaídas y remisiones influenciado por factores ambientales (humedad, temperatura), estacionales (exacerbación en otoño-invierno), emocionales (estrés psicosocial) y hormonales. La afectación facial, particularmente la blefaritis seborreica, es la manifestación con mayor impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud ocular, dado su potencial para comprometer la estabilidad de la película lagrimal y originar síntomas oculares crónicos (Hay, 2011).

Fisiopatología

La etiopatogenia de la DS involucra tres elementos interrelacionados: la colonización anormal por levaduras del género *Malassezia* (especialmente *M. globosa* y *M. restricta*), una respuesta inflamatoria cutánea exagerada frente a los metabolitos lipídicos producidos por este microorganismo, y una disfunción intrínseca de la barrera epidérmica. La *Malassezia* spp. hidroliza los triglicéridos del sebo cutáneo mediante lipasas, liberando ácidos grasos saturados que desencadenan la activación del inflammasoma y la producción de citocinas proinflamatorias como IL-1 β , IL-6, IL-8 y TNF- α . La disbiosis del microbioma cutáneo — con reducción de bacterias comensales protectoras— amplifica esta respuesta inflamatoria (Tucker y Masood, 2023; Hay, 2011; Alofi et al., 2024).

En el contexto palpebral, la colonización por *Malassezia* del folículo ciliar y de los orificios de las glándulas de Meibomio genera un biofilm que obstruye la excreción meibomiana, altera la composición lipídica de la película lagrimal y perpetúa el ciclo inflamatorio local. La

respuesta inflamatoria resultante, mediada por células T y macrófagos, genera edema del borde palpebral, hiperemia conjuntival reactiva y alteración progresiva de la superficie ocular (Amescua et al., 2019).

Complicaciones oftalmológicas

La blefaritis seborreica es, con diferencia, la manifestación oftalmológica más frecuente de la DS, afectando a entre el 50% y el 70% de los pacientes con DS facial activa. Se caracteriza por la presencia de escamas blandas, amarillentas y oleosas adheridas a la base de las pestañas, telangiectasias del borde palpebral, hiperemia marginal y, en formas más evolucionadas, pérdida focal de pestañas (madarosis). A diferencia de la blefaritis anterior estafilocócica —caracterizada por escamas secas, frágiles y distribución más difusa—, la blefaritis seborreica presenta escamas grasas que se distribuyen en "macarrones" alrededor del tallo ciliar (Tucker y Masood, 2023).

La blefaritis seborreica crónica genera secundariamente un síndrome de ojo seco evaporativo, presente en un 15-30% de los pacientes con DS, a través de la disfunción de las glándulas de Meibomio. La obstrucción y la metaplasia de los ductos meibomianos altera la secreción lipídica, produciendo una película lagrimal inestable con tiempo de ruptura lagrimal (TBUT, por sus siglas en inglés) acortado, hiperosmolaridad lagrimal e inflamación de la superficie ocular. Esta cadena fisiopatológica da lugar a síntomas como sensación de ardor, fotofobia, visión fluctuante y lagrimeo reflejo paradójico (Amescua et al., 2019).

La conjuntivitis papilar secundaria a blefaritis seborreica crónica afecta al 10-20% de los pacientes y se manifiesta como hiperemia conjuntival, secreción mucosa, papilas en conjuntiva tarsal e incomodidad ocular persistente. El chalazión de repetición —producido por la obstrucción de las glándulas de Meibomio con retención lipídica y reacción granulomatosa— es una complicación habitual en la DS palpebral que requiere tratamiento dirigido a la patología subyacente para reducir su recurrencia. En casos de blefaritis seborreica grave y prolongada pueden desarrollarse complicaciones menos frecuentes pero clínicamente relevantes, como la queratoconjuntivitis marginal, la trichiasis y el entropión cicatricial (Hay, 2011).

Figura 3. Manifestación clínica de dermatitis seborreica. Imagen de dominio público, Wikimedia Commons (CC BY-SA 3.0)



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Complicaciones oftalmológicas asociadas a la dermatitis seborreica: prevalencia y características clínicas

MANIFESTACION OFTALMOLOGICA	PREVALENCIA ESTIMADA	CARACTERISTICA CLINICA
Blefaritis seborreica	50-70% con DS facial	Escamas grasas en borde palpebral
Síndrome de ojo seco	15-30%	Disfunción de glándulas de Meibomio
Conjuntivitis papilar	10-20%	Secundaria a blefaritis crónica
Chalazion recurrente	5-10%	Obstrucción de glándulas de Meibomio
Queratoconjuntivitis	2-5%	Complicación de blefaritis grave
Trichiasis secundaria	Rara (< 2%)	Complicación crónica severa

Fuente: Elaboración propia basada en Tucker y Masood (2023), Amescua et al. (2019) y Hay (2011).

DISCUSIÓN

Los resultados de la presente revisión confirman que la rosácea, la psoriasis y la dermatitis seborreica comparten, más allá de su expresión cutánea predominante, una capacidad documentada y clínicamente relevante para generar complicaciones en el segmento anterior del ojo. Esta dimensión extradermatológica permanece frecuentemente subdiagnosticada en la práctica clínica habitual, en parte por la falta de protocolos de cribado oftalmológico sistemático en el seguimiento dermatológico, y en parte por la variabilidad y la inespecificidad de los síntomas oculares iniciales, que el paciente tiende a atribuir a causas ambientales o a la fatiga visual (Rehal et al., 2011; Vieira et al., 2012).

Desde el punto de vista epidemiológico, la rosácea ocular emerge como la complicación oftalmológica más prevalente entre las tres condiciones analizadas, con estimaciones que oscilan entre el 6% y el 72% de los pacientes con rosácea cutánea. Esta variabilidad extrema refleja, en gran medida, la heterogeneidad de los criterios diagnósticos empleados y la ausencia de consenso internacional sobre una definición operativa estandarizada para la rosácea ocular (van Zuuren et al., 2021). La propuesta de los subtipos diagnósticos de RO basada en hallazgos biomicroscópicos específicos, como la disfunción de las glándulas de Meibomio objetivada mediante meibografía infrarroja, podría contribuir a reducir esta variabilidad y mejorar la comparabilidad entre estudios futuros.

En lo que respecta a la psoriasis, la uveítis anterior representa la manifestación oftalmológica más grave, con implicaciones pronósticas directas sobre la función visual. La asociación entre psoriasis, artritis psoriásica y HLA-B27 positivo configura un perfil de riesgo inmunogenético para la uveítis crónica recurrente que justifica la derivación oftalmológica sistemática en este subgrupo de pacientes. Los datos de la literatura indican que hasta el 25% de los pacientes con artritis psoriásica desarrollarán uveítis en algún momento de su evolución, una cifra que supera significativamente la prevalencia en la psoriasis cutánea sin afectación articular (Griffiths et al., 2021; Armstrong y Read, 2020). Esta diferencia sugiere que los mecanismos inmunológicos vinculados a la respuesta articular —particularmente la activación de la vía Th17 y la producción de IL-17— podrían ser responsables también del tropismo uveal.

La dermatitis seborreica, si bien raramente se asocia con complicaciones oftalmológicas graves, genera una morbilidad ocular crónica de considerable impacto sobre la calidad de vida. La blefaritis seborreica y el síndrome de ojo seco secundario producen síntomas

persistentes que pueden deteriorar significativamente el desempeño visual en actividades que demandan alta demanda visual sostenida, como la lectura o el trabajo con pantallas digitales. La alta prevalencia de DS en pacientes con infección por VIH y otras condiciones de inmunosupresión añade una dimensión adicional de vulnerabilidad, dado que en estos pacientes la DS tiende a presentarse en formas más extensas y refractarias al tratamiento habitual (Tucker y Masood, 2023).

Un hallazgo transversal relevante de esta revisión es la existencia de mecanismos fisiopatológicos compartidos entre las tres condiciones analizadas y sus respectivas manifestaciones oculares. La disfunción de la unidad funcional lagrimal —sistema integrado que comprende las glándulas lagrimales, la superficie ocular y los párpados— emerge como el denominador común fisiopatológico de la rosácea ocular, la afectación ocular en la DS y, en menor medida, de las formas secas de afectación corneal en la psoriasis. Esta convergencia fisiopatológica sugiere que las estrategias terapéuticas dirigidas a restaurar la homeostasis de la superficie ocular —incluyendo los ácidos grasos omega-3, la higiene palpebral, el calor húmedo local y la azitromicina tópica— podrían beneficiar transversalmente a los pacientes con cualquiera de estas tres dermatosis (Amescua et al., 2019; Steinhoff et al., 2011).

Desde la perspectiva terapéutica, el manejo de las complicaciones oftalmológicas de estas dermatosis requiere un abordaje coordinado entre dermatología y oftalmología. En la rosácea, el tratamiento sistémico con tetraciclinas —particularmente doxiciclina en dosis subantimicrobianas— no solo controla las manifestaciones cutáneas, sino que ejerce efectos inmunomoduladores sobre las glándulas de Meibomio, con beneficio documentado sobre la blefaritis posterior y la disfunción lagrimal (Schaller et al., 2017). En la psoriasis, los agentes biológicos anti-TNF- α y anti-IL-17 han mostrado en estudios observacionales un efecto favorable sobre la uveítis psoriásica, aunque la evidencia es aún limitada y en algunos casos (secukinumab) se han reportado casos paradójicos de uveítis de nueva aparición (Menter et al., 2019). En la DS, el ketoconazol tópico sobre el cuero cabelludo y el piritionato de zinc, además del control del biofilm palpebral mediante higiene mecánica, constituyen los pilares del manejo de la blefaritis seborreica (Tucker y Masood, 2023; Alofi et al., 2024; Jackson et al., 2024).

En el contexto latinoamericano y específicamente ecuatoriano, la ausencia de estudios epidemiológicos locales sobre la prevalencia de las complicaciones oftalmológicas en pacientes con estas tres dermatosis representa una brecha científica significativa que esta

revisión busca visibilizar. La implementación de registros clínicos multicéntricos y estudios transversales en unidades dermatológicas del sistema de salud público ecuatoriano podría contribuir a caracterizar la carga real de estas complicaciones en la población local y a orientar políticas de derivación y seguimiento más eficientes.

Desde el punto de vista de la investigación futura, se identifican múltiples áreas de interés prioritario: el desarrollo de biomarcadores séricos que permitan predecir el riesgo de afectación ocular en pacientes con dermatosis inflamatorias crónicas; la evaluación de la eficacia de intervenciones no farmacológicas —como la suplementación con omega-3, la fototerapia y la biorregulación del microbioma cutáneo— sobre las manifestaciones oculares; y la elaboración de guías de práctica clínica adaptadas al contexto latinoamericano que integren recomendaciones específicas de cribado oftalmológico en el seguimiento de pacientes con rosácea, psoriasis y DS.

CONCLUSIÓN

La presente revisión sistemática ha permitido establecer y sintetizar la evidencia disponible sobre las complicaciones oftalmológicas asociadas a la rosácea, la psoriasis y la dermatitis seborreica, tres dermatosis inflamatorias crónicas de alta prevalencia global con manifestaciones extradermatológicas que trascienden el ámbito cutáneo.

En relación con la rosácea, se concluye que la rosácea ocular es la manifestación extradermatológica más prevalente de esta enfermedad, afectando a una proporción significativa y variable de los pacientes con enfermedad cutánea activa. Sus manifestaciones clínicas abarcan desde la blefaritis y la disfunción de glándulas de Meibomio hasta la queratitis grave y la neovascularización corneal, con potencial de deterioro visual irreversible en los casos no tratados. El diagnóstico precoz requiere evaluación biomicroscópica sistemática por un especialista en oftalmología.

En lo que respecta a la psoriasis, las complicaciones oftalmológicas —en particular la uveítis anterior— representan manifestaciones sistémicas de la respuesta inflamatoria inmunomediada que caracteriza a esta enfermedad. La identificación del perfil de riesgo (artritis psoriásica, HLA-B27 positivo) permite estratificar a los pacientes para un seguimiento oftalmológico intensificado. Los tratamientos biológicos dirigidos a las vías IL-17 y TNF- α ofrecen perspectivas prometedoras para el manejo integrado de las manifestaciones cutáneas, articulares y oculares de la enfermedad.

Con respecto a la dermatitis seborreica, la blefaritis seborreica y el síndrome de ojo seco evaporativo secundario constituyen complicaciones oftalmológicas de alta prevalencia y significativo impacto sobre la calidad de vida, aunque raramente asociadas a compromiso visual grave. El manejo conjunto entre dermatología y oftalmología, con especial atención a la higiene palpebral y el control del biofilm meibomiano, resulta indispensable para reducir la morbilidad ocular crónica.

Como recomendación general, se insta a que los protocolos de seguimiento dermatológico de pacientes con rosácea, psoriasis y dermatitis seborreica incluyan sistemáticamente la valoración de síntomas oculares y, cuando corresponda, la derivación precoz al especialista en oftalmología. Asimismo, se recomienda la realización de estudios epidemiológicos prospectivos en Ecuador y América Latina que permitan caracterizar la carga local de estas complicaciones y fundamentar estrategias de atención integrada adaptadas al contexto regional.

REFERENCIAS

- Alofi, R. M., Alrohaily, L. S., Alharthi, N. N., y Almouteri, M. M. (2024). Ocular manifestations in seborrheic dermatitis: Epidemiology, clinical features, and management: A comprehensive review. *Cureus*, 16(9), e70335.
- Amescua, G., Akpek, E. K., Farid, M., Garcia-Ferrer, F. J., Lin, A., Rhee, M. K., Varu, D. M., Musch, D. C., Dunn, S. P., y Mah, F. S. (2019). Blepharitis Preferred Practice Pattern®. *Ophthalmology*, 126(1), P56–P93.
- Arenas, R. (2015). *Atlas de dermatología: diagnóstico y tratamiento* (5.a ed.). McGraw-Hill Interamericana.
- Armstrong, A. W., y Read, C. (2020). Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: A review. *JAMA*, 323(19), 1945–1960.
- Avraham, S., Khaslavsky, S., Kashetsky, N., Starkey, S. Y., Zaslavsky, K., Lam, J. M., y Mukovozov, I. (2024). Treatment of ocular rosacea: A systematic review. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 22(2), 211–217.
- Boehncke, W. H., y Schön, M. P. (2015). Psoriasis. *The Lancet*, 386(9997), 983–994.


- Chaiyabutr, C., Ungprasert, P., Silpa-archa, N., Wongpraparut, C., y Chularojanamontri, L. (2020). Psoriasis and risk of uveitis: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Ophthalmology*, 2020, 9308341.
- Dall'Oglio, F., Nasca, M. R., Gerbino, C., y Micali, G. (2022). An overview of the diagnosis and management of seborrheic dermatitis. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology*, 15, 1537–1548.
- Faneli, A. C., Amaral, D. C., Menezes, I. R., Marques, G. N., Guedes, J., Brazuna, R., Oliveira, R. D. C., y Muccioli, C. (2025). Ocular complications in psoriatic patients: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Ophthalmic Inflammation and Infection*, 15, 15.
- Fraga, N. A., Oliveira, M. F., y Follador, I. (2012). Psoriasis and the eye: Prevalence and description of ophthalmologic alterations. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 87(5), 779–783.
- Gallo, R. L., Granstein, R. D., Kang, S., Mannis, M., Steinhoff, M., Tan, J., y Thiboutot, D. (2018). Standard classification and pathophysiology of rosacea: The 2017 update by the National Rosacea Society Expert Committee. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 78(1), 148–155.
- Griffiths, C. E. M., Armstrong, A. W., Gudjonsson, J. E., y Barker, J. N. W. N. (2021). Psoriasis. *The Lancet*, 397(10281), 1301–1315.
- Hay, R. J. (2011). Malassezia, dandruff and seborrhoeic dermatitis: An overview. *British Journal of Dermatology*, 165(Suppl 2), 2–8.
- Hay, R. J., Johns, N. E., Williams, H. C., Bolliger, I. W., Dellavalle, R. P., Margolis, D. J., y Naghavi, M. (2014). The global burden of skin disease in 2010: An analysis of the prevalence and impact of skin conditions. *Journal of Investigative Dermatology*, 134(6), 1527–1534.
- Jackson, J. M., Alexis, A., Zirwas, M., y Taylor, S. (2024). Unmet needs for patients with seborrheic dermatitis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 90(3), 597–604.

- Karimkhani, C., Dellavalle, R. P., Coffeng, L. E., Flohr, C., Hay, R. J., Langan, S. M., y Naghavi, M. (2017). Global skin disease morbidity and mortality: An update from the Global Burden of Disease Study 2013. *JAMA Dermatology*, 153(5), 406–412.
- Khatri, N. K., Bhagat, R., y Glover, D. (2023). Rosacea pathogenesis and therapeutics: Current treatments and a look at future targets. *Frontiers in Medicine*, 10, 1292722.
- Malagón-Liceaga, A., Recillas-Gispert, C., Ruiz-Quintero, N. C., y Ruelas-Villavicencio, A. L. (2023). Tratamiento de la rosácea ocular: revisión práctica desde un enfoque interdisciplinario. *Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología*, 98(10), 577–585.
- Menter, A., Strober, B. E., Kaplan, D. H., Kivelevitch, D., Prater, E. F., Stoff, B., y Elmets, C. A. (2019). Joint American Academy of Dermatology–National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with biologics. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 80(4), 1073–1130.
- Nestle, F. O., Kaplan, D. H., y Barker, J. (2009). Psoriasis. *New England Journal of Medicine*, 361(5), 496–509.
- Oltz, M., y Check, J. (2011). Rosacea and its ocular manifestations. *Optometry*, 82(2), 92–103.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2021). Skin conditions: More than skin deep. World Health Organization. <https://www.who.int/news/item/27-09-2021-skin-conditions>
- Patel, T. S., y Dalia, Y. (2024). Seborrheic dermatitis. *JAMA Dermatology*, 160(12), 1371.
- Rehal, B., Modjtahedi, B. S., Morse, L. S., Schwartz, E. B., y Maibach, H. I. (2011). Ocular psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 65(6), 1202–1212.
- Rendon, A., y Schäkel, K. (2019). Psoriasis pathogenesis and treatment. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(6), 1475.
- Schaller, M., Almeida, L. M. C., Bewley, A., Cribier, B., Del Rosso, J., Dlova, N., y Finlay, A. Y. (2017). Rosacea treatment update: Recommendations from the global ROSacea COnsensus (ROSCO) panel. *British Journal of Dermatology*, 176(2), 465–471.

- Sobolewska, B., Schaller, M., y Zierhut, M. (2022). Rosacea and dry eye disease. *Ocular Immunology and Inflammation*, 30(3), 570–579.
- Steinhoff, M., Buddenkotte, J., Aubert, J., Sulk, M., Novak, P., Schwab, V. D., y Schmelz, M. (2011). Clinical, cellular, and molecular aspects in the pathophysiology of rosacea. *Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings*, 15(1), 2–11.
- Tan, J., y Berg, M. (2013). Rosacea: Current state of epidemiology. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 69(6), S27–S35.
- Tucker, D., y Masood, S. (2023). Seborrheic dermatitis. En StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing.
- van Zuuren, E. J., Arents, B. W. M., van der Linden, M. M. D., Vermeulen, S., Fedorowicz, Z., y Tan, J. (2021). Rosacea: New concepts in classification and treatment. *American Journal of Clinical Dermatology*, 22(4), 457–465.
- Vieira, A. C., Höfling-Lima, A. L., y Mannis, M. J. (2012). Ocular rosacea: A review. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 75(5), 363–369.
- Wolff, K., Johnson, R. A., Saavedra, A. P., y Roh, E. K. (2013). Fitzpatrick. Atlas en color y sinopsis de dermatología clínica (7.a ed.). McGraw-Hill.

© Los autores. Este artículo se publica en Prisma ODS bajo la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0). Esto permite el uso, distribución y reproducción en cualquier medio, incluidos fines comerciales, siempre que se otorgue la atribución adecuada a los autores y a la fuente original.



 <https://doi.org/10.65011/prismaods.v5.i3.274>

Cómo citar este artículo (APA 7ª edición):

Peralvo Saltos, J. A. ., & Peralvo Saltos, S. P. . (2026). Rosácea, Psoriasis y Dermatitis Seborreica: Revisión Sistemática de sus Complicaciones Oftalmológicas. *Prisma ODS: Revista Multidisciplinaria Sobre Desarrollo Sostenible*, 5(3), 185-208. <https://doi.org/10.65011/prismaods.v5.i3.274>