

DERMATITIS PERIORIFICAL EN NIÑOS: PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Periorifical dermatitis in children: case reports

Gustavo A. Lizardo Castro^{1,2}, Andrea M. Enamorado Herrera³

RESUMEN

La dermatitis periorifical, es una erupción acneiforme que comúnmente afecta la región perioral y con frecuencia se extiende alrededor de la nariz y los ojos. Los mayores reportes son en mujeres de 20 a 45 años y en menor proporción en menores de 18 años. Su etiología es desconocida, pero se ha asociado al uso de glucocorticoides tópicos, inhalados y sistémicos. **Objetivo:** presentar una serie de casos de dermatitis periorifical, asociados con el uso indiscriminado de glucocorticoides, que respondieron eficazmente al tratamiento con metronidazol tópico, solo o combinado con doxiciclina. **Presentación de casos clínicos:** se describen cinco pacientes de sexo femenino, edades comprendidas entre 4 y 18 años, atendidos en la consulta ambulatoria de Dermatología. En cuatro casos, se documentó el uso prolongado de glucocorticoides tópicos/inhalados, de estos, tres presentaron lesiones papulares eritematosas o color piel, escasas pústulas, asintomáticas o prurito leve, localizadas a nivel perioral, perinasal y periocular; perioral y perinasal en uno y solamente perioral en otro. El tratamiento con metronidazol tópico fue exitoso en los cinco pacientes y en uno se combinó con doxiciclina oral. **Conclusiones:** el manejo de la dermatitis periorifical puede responder eficazmente al metronidazol tópico y dada su asociación al uso de glucocorticoides, se recomienda evitar el uso injustificado y prolongado de los mismos, tanto en forma tópica como inhalada o sistémica.

Palabras clave: Dermatitis periorifical, dermatitis perioral, glucocorticoides tópicos, metronidazol tópico.

¹Departamento de Pediatría, Servicio de Dermatología, Hospital Escuela Universitario, Tegucigalpa, Honduras.

²Departamento de Pediatría. Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

³Posgrado de Dermatología, Hospital Escuela Universitario, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

Autor de correspondencia: Gustavo A. Lizardo Castro, glizardoc@yahoo.com

Recibido: 08/11/2019

Aceptado: 05/05/2020

ABSTRACT

Periorifical dermatitis is an acneiform eruption that affects commonly the perioral region, extending usually around the eyes and nose; it has been reported commonly in women between 20-45 years of age and less frequently in patients under 18 years of age. The etiology is unknown, but has been associated with topical, inhaled and systemic glucocorticoids use. **Objective:** to present a series of cases of periorifical dermatitis associated with glucocorticoids use which responded efficiently to treatment with topical metronidazole alone or in combination with doxycycline. **Clinical cases presentation:** five cases from the outpatient Dermatology clinic are described, all female between 4 and 18 years of age. In four of them extended use of topical/inhaled glucocorticoids was documented, in three cases the lesions were located at the perioral, perinasal and periocular regions, showing asymptomatic erythematous or flesh-colored papules with scarce pustules and mild pruritus. Perioral and perinasal were seen in one patient and perioral lesions in another. Treatment with topical metronidazole was successful in all patients, in one of them in combination with oral doxycycline. **Conclusions:** periorifical dermatitis may respond effectively to treatment with topical metronidazole. Given its association with glucocorticoids use, it is recommended to avoid their unlimited and prolonged usage, either topical, inhaled or in systemic preparation.

Keywords: Periorifical dermatitis, dermatitis perioral, topical glucocorticoids, topical metronidazole.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis perioral es una dermatosis papulopustulosa, vesiculosa, inflamatoria y crónica⁽¹⁾. La condición ha sido más descrita en mujeres jóvenes, aunque se han visto casos en niños. Nguyen y Eichenfield prefirieron el término Dermatitis Periorifical (DPO)⁽²⁾, el cual ha sido adoptado por otros. La mayoría de los pacientes que presentan dermatitis periorifical, tienen el antecedente de uso de glucocorticoides tópicos, sin embargo, se han observado casos relacionados a glucocorticoides inhalados y sistémicos⁽³⁾.

La DPO, afecta en el 90% de los casos a mujeres en edades de 20 a 45 años, pero puede ocurrir en niños, aunque es un diagnóstico raro en esta población⁽¹⁾. En las mujeres adultas existe mayor cuidado por el aspecto de la piel, sobre todo facial y son más propensas al uso de medicaciones tópicas, como los glucocorticoides; en el sexo masculino, es menos frecuente el uso de tales productos. Es importante realizar un diagnóstico preciso de esta enfermedad para un tratamiento oportuno y conocer su relación con la automedicación y uso indiscriminado de glucocorticoides tópicos, inhalados y sistémicos, por vía oral y/o parenteral.

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente femenina de 4 años de edad, con antecedente personal de dermatitis atópica, la cual fue manejada con

betametasona en crema al 0.05% de manera continua desde los 3 años de edad. La paciente presentó dermatosis, caracterizada por pápulas eritematosas de 4 semanas de evolución, localizadas en el área perioral, ante la situación dermatológica de base, la madre continuó aplicando betametasona en crema.

La dermatosis se extendió al área perinasal y periocular, de tal manera que la paciente fue llevada al centro de salud, siendo referida a la Consulta Externa de Dermatología del Hospital Escuela Universitario (HEU).

Al examen físico, se observó pápulas y pústulas eritematosas, algunas descamativas en el área perioral, perinasal y periocular (Figura 1a).

Se diagnosticó dermatitis periorifical y se inició tratamiento con metronidazol gel al 0.75%, dos veces al día. En el seguimiento, las lesiones desaparecieron luego de 4 semanas de iniciado el tratamiento (Figura 1b)



Figura 1 a y b. Dermatitis periorifical, a: Pápulas, pústulas y descamación periorifical, en área perioral, perinasal y periocular, b: sin lesiones dérmicas a las 4 semanas del uso con metronidazol tópico

Caso 2

Paciente femenina de 14 años, acudió a la consulta externa de Dermatología del HEU, presentando dermatosis en la cara de 10 meses de evolución. Historia de automedicación previa durante tres meses por lesiones faciales, utilizando dos tubos de betametasona

en crema al 0.05%, a continuación dos tubos de crema combinada de betametasona al 0.04%, clotrimazol y neomicina. Al examen físico presentó pápulas eritematosas y color piel en el área perioral y perinasal (Figura 2a y 2b); se diagnosticó dermatitis periorifical y se manejó con metronidazol en gel al 0.75%, con respuesta satisfactoria.

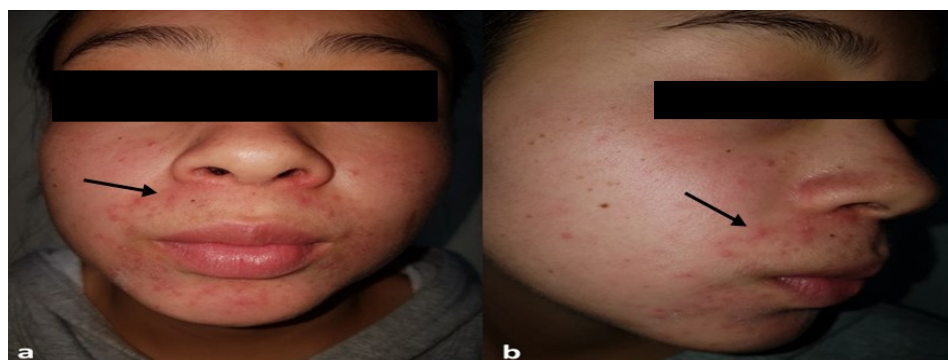


Figura 2a y b. Dermatitis periorifical: lesiones en el área perioral y perinasal (flechas).

Caso 3

Paciente femenina de 4 años de edad, con antecedente de asma bronquial, se presentó a consulta privada con dermatosis localizada en área perioral de un mes de evolución, posterior al uso de nebulizaciones con

beclometasona. Al examen físico, presentó pápulas eritematosas en el área perioral (Figura 3). Se manejó con metronidazol en gel al 0.75% dos veces al día. La madre refirió vía telefónica remisión de lesiones a las 4 semanas de iniciado el tratamiento y no presentó recaída a un año de seguimiento.



Figura 3. Dermatitis periorifical: pápulas eritematosas localizadas en región perioral (flecha)

Caso 4

Paciente femenina de 15 años, acudió a la Consulta Externa de Dermatología con dermatosis localizada en el área perioral, perinasal y periorcular, secundaria al uso de betametasona en crema automedicada, durante dos meses, por lesiones de acné. Al examen físico presentó pápulas eritematosas alrededor de la boca, nariz y ojos (Figura 4a).

Se indicó metronidazol tópico (no utilizado por falta de recursos económicos), doxiciclina 100 mg, cada noche por 6 semanas y jabón de azufre. Tuvo mejoría de las lesiones (Figura 4b), posteriormente continuó con doxiciclina por 4 semanas más, y metronidazol tópico por 8 semanas, con excelente respuesta (Figura 4c).

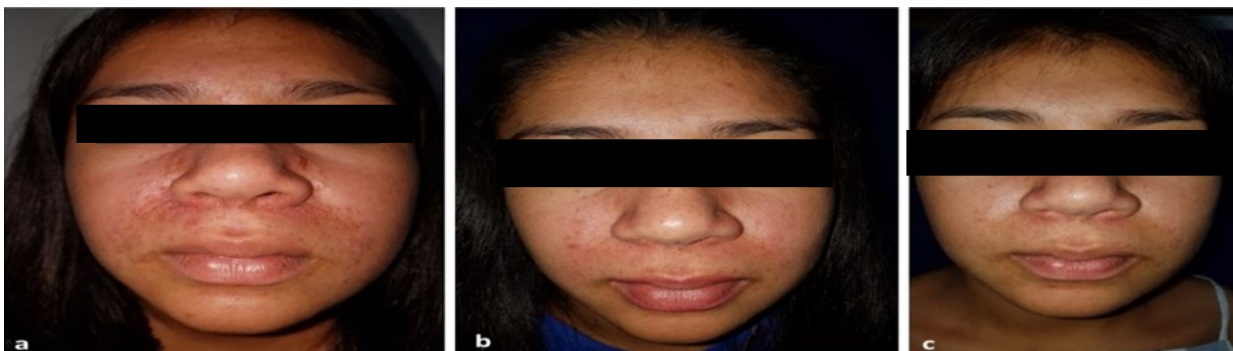


Figura 4 a, b y c. Dermatitis periorifical; a: múltiples pápulas eritematosas periorificales, b: a las 6 semanas de tratamiento con doxiciclina y jabón de azufre, c: 8 semanas después de iniciado metronidazol tópico más doxiciclina

Caso 5

Paciente femenina de 18 años, sin antecedentes de importancia, sin embargo, refirió el uso diario de aceite de coco durante meses, acudió a consulta privada con dermatosis facial de un mes de evolución. Al examen físico se observó pápulas eritematosas en área perioral,

perinasal y periocular (Figura 5). Con diagnóstico de dermatitis periorifical, se inició manejo con metronidazol en gel al 0.75% dos veces al día, con excelente respuesta, se discontinuó el tratamiento 2 meses después, sin presentar recaída en 2 años de seguimiento.

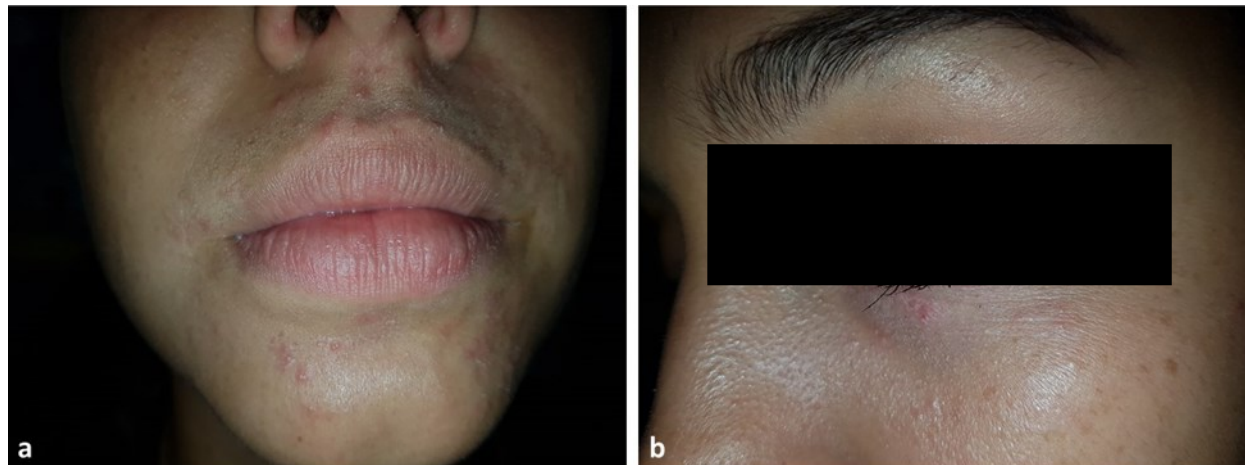


Figura 5. Dermatitis periorifical; a: pápulas eritematosas en área perioral y perinasal, b: pápulas eritematosas en área periocular

DISCUSIÓN

La Dermatitis Periorifical (DPO), es una erupción acneiforme, que se presenta con pápulas eritematosas, pústulas y rara vez vesículas agrupadas alrededor de los orificios de la cara. Las lesiones pueden estar presentes cerca de los ojos, boca, nariz y respetan el bermellón de los labios⁽⁴⁾. La afectación perioral es la forma más común de la enfermedad, por dicha razón fue inicialmente llamada “dermatitis perioral”, sin embargo, se vio que muchos pacientes presentaban también afectación periocular y perinasal, por lo cual, es más apropiado llamarla dermatitis periorifical⁽³⁾. Los sinónimos de la misma incluyen: dermatitis similar a la rosácea, seborroides sensibles a la luz y dermatitis facial pápulopustular⁽¹⁾. La DPO, afecta de preferencia mujeres jóvenes y es rara en la edad pediátrica. La variante granulomatosa fue descrita por primera vez en 1970 y es más común en pacientes de piel oscura, típicamente afectando a niños prepuberales⁽⁵⁾.

La etiología es desconocida, sin embargo se ha relacionado al uso de glucocorticoides tópicos, especialmente los fluorados (Cuadro 1), como ocurrió con los casos descritos 1, 2 y 4, los cuales pueden desencadenar o exacerbar la enfermedad⁽⁶⁾. Asimismo, la DPO ha sido ligada al uso de glucocorticoides inhalados, como ocurrió con el caso 3, y también en forma sistémica, ya sea por vía oral o parenteral⁽³⁾.

La exacta relación entre el uso de glucocorticoides y la dermatitis se desconoce, sin embargo, puede estar relacionado al cambio de la flora en los folículos pilosos, en particular con la asociación a condiciones aptas para el crecimiento de bacterias fusiformes, clasificadas como especies de *Fusobacterium spp.*^(4,7). Dirschka y colaboradores, fueron capaces de demostrar que los pacientes adultos con dermatitis periorifical tenían perturbada la función de la barrera cutánea⁽⁸⁾, lo que se correlacionó con un aumento de la pérdida de agua transepidermica y diátesis atópica (casos 1 y 3), más frecuente que en el grupo control. Asimismo, se ha encontrado que la inflamación neurogénica puede tener alguna relación en esta enfermedad⁽⁹⁾. Se ha postulado que pudiera ser una respuesta idiosincrática a sustancias exógenas⁽¹⁰⁾. El caso 5, no utilizó glucocorticoides e informó únicamente, el uso de aceite de coco. Otro factor de riesgo encontrado, ha sido el uso de filtros solares físicos con alta protección y cremas faciales⁽⁸⁾.

La DPO, generalmente se presenta con pápulas pequeñas, de 1-3 mm, eritematosas o color piel, en el área perioral (caso 3), perioral y perinasal (caso 2) y perioral, perinasal y periocular (casos 1, 4 y 5)⁽⁴⁾. La superficie sobre la que se asientan las lesiones, pueden tener una base eritematosa o eritematoescamosa, sobre todo si se aplicaron glucocorticoides tópicos previamente⁽¹⁰⁾.

El tronco y los genitales pueden ocasionalmente estar afectados⁽¹¹⁾. También, se han encontrado presentaciones clínicas polimorfas, incluyendo pápulo-vesículas y erupciones eczematosas, eritematoescamosas sin cambios acneiformes^(9,12). Por lo general es asintomática, pero en ocasiones puede haber ardor o prurito⁽¹⁰⁾.

En un estudio realizado, Nguyen y Echeinfeld⁽²⁾, encontraron involucramiento perioral de manera aislada en un 39% de los pacientes, además, encontraron involucramiento vulvar concomitante, en 1% de los pacientes. En los casos descritos, la afectación aislada perioral, ocurrió en el 20% sin afectación extrafacial concomitante. Otras localizaciones afectadas: mejillas (14%), mentón (9%), mejillas y mentón (1%), cuello (1%), mejillas y cuello (1%). El reconocimiento de lesiones extrafaciales es importante para evitar un manejo agresivo e innecesario.

Antes se pensaba que la DPO era una forma de rosácea juvenil⁽⁴⁾. Sin embargo, ahora se sabe que la rosácea es una entidad diferente, es una enfermedad bien definida y conocida⁽¹³⁾. Se han descrito variantes de la DPO en pacientes pediátricos, incluyendo la dermatitis periorifical granulomatosa, llamada también erupción Afro-Caribeña y dermatitis perioral de tipo Gianotti^(4,11). Se caracteriza por pápulas monomorfas, color piel, rosado o amarillentas, alrededor de la boca, nariz y ojos principalmente en preadolescentes⁽¹¹⁾.

El diagnóstico de la DPO es clínico, se basa en la observación de pápulas y a veces pústulas asintomáticas alrededor de los orificios de la cara, respetando el bermellón labial y la ausencia de comedones⁽⁴⁾. Los estudios de laboratorio no son de ayuda y solo se realiza biopsia en caso de duda, la cual debe evitarse en lo posible, para no dejar cicatriz en un área tan visible como la cara, por esto, no se realizó biopsia a ninguno de los cinco casos.

Los hallazgos histopatológicos son similares a los de rosácea con acantosis leve, edema dérmico y paraqueratosis, encontrando también, infiltrado linfohistiocítico perifolicular, células epiteloides y a veces células gigantes^(4,12). La dermatitis periorifical granulomatosa, es una variante de la dermatitis periorifical, encontrando en la histopatología, característicamente un infiltrado granulomatoso perifolicular y en la dermis superior⁽⁵⁾.

El diagnóstico de DPO rara vez deja dudas, sin embargo, se debe de hacer diagnóstico diferencial con rosácea, sarcoidosis, lupus miliar diseminado facial, acné vulgar, dermatitis por contacto (irritativa y alérgica), dermatitis seborreica, impétigo, infección por dermatofitos y angiofibromas⁽¹²⁾. La sarcoidosis en niños es rara y casi siempre está asociada con afectación sistémica y síntomas como fatiga, pérdida de peso, tos, artritis, linfadenopatías y uveítis. Se puede diferenciar la DPO de la rosácea granulomatosa o del acné rosáceo por la ausencia de eritema facial y de telangiectasias, así como, por su curso generalmente autolimitado y respuesta al tratamiento. El lupus miliar diseminado facial, se caracteriza por presentar pápulas distribuidas en el área centro facial, con frecuencia involucra párpados inferiores, ocurre comúnmente en adolescentes y adultos de ambos sexos; muestra características histopatológicas similares a la rosácea granulomatosa, sin embargo, sus hallazgos histopatológicos característicos son la presencia de granulomas de células epiteloides con necrosis caseosa central⁽¹⁴⁾.

El tratamiento se basa en el cese inmediato de los glucocorticoides tópicos, inhalados o sistémicos. Según sea el caso, iniciar antibióticos con propiedades antiinflamatorias vía tópica y en caso necesario oral, usualmente dan excelentes resultados⁽¹³⁾. El tratamiento estándar consiste en el uso de metronidazol tópico dos veces al día, fue el tratamiento utilizado en los 5 casos descritos, con excelente respuesta. Cuando las lesiones son extensas como en el caso 4 o no hay buena respuesta al tratamiento tópico, están indicados macrólidos orales (sobre todo en niños menores de 9 años), tetraciclinas en adultos o metronidazol sistémico, con resolución de las lesiones usualmente en 3 a 8 semanas⁽⁴⁾. La respuesta a los antibióticos se debe a sus propiedades antiinflamatorias e inmunosupresoras, más que a sus propiedades antimicrobianas. Si no hay respuesta completa al uso de antibióticos, se puede utilizar isotretinoína en dosis bajas, de 0.1-0.2 mg/kg/día⁽¹⁾. Otras opciones de tratamiento son adapaleno, ácido azelaico, tacrolimus y pimecrolimus.

El pronóstico es bueno por ser una enfermedad benigna y autolimitada, además, se obtienen resultados favorables con el tratamiento, tanto en niños como en adultos. La mejor manera de prevenir la dermatitis periorifical, es evitando los preparados con glucocorticoides tópicos, sobre todo en personas predisuestas a esta enfermedad⁽¹⁾.

Cuadro 1. Resumen de casos de dermatitis periorifical

Caso	Sexo	Edad (años)	Antecedentes	Topografía	Morfología	Tratamiento previo	Evolución (meses)	Manejo
1	F	4	Dermatitis atópica	Periorifical	Pápulas y pústulas, eritematosas algunas descamativas	Betametasona 0.05% x 12 meses	1	Metronidazol gel al 0.75%
2	F	14	Lesiones faciales	Perioral y Perinasal	Pápulas eritematosas y color piel	Betametasona 0.05%, Betametasona al 0.04% combinada, x 3 meses	10	Metronidazol gel al 0.75%
3	F	4	Asma bronquial	Perioral	Pápulas eritematosas	Nebulizaciones con esteroide	1	Metronidazol gel al 0.75%
4	F	15	Lesiones de acné	Periorifical	Pápulas eritematosas	Betametasona 0.05% x 3 meses	2	Doxiciclina y Metronidazol gel al 0.75%
5	F	18	Ninguno	Periorifical	Pápulas eritematosas	Aceite de coco	1	Metronidazol gel al 0.75%

F: femenino. Periorifical: circundante a boca, nariz, ojos

Conclusiones

La DPO ocurre generalmente en mujeres adultas, pero en ocasiones se manifiesta en población pediátrica de ambos sexos, los 5 casos descritos resultaron ser del sexo femenino. El uso de glucocorticoides tópicos en el tratamiento de las dermatosis es un factor de riesgo, así como su uso injustificado, agravados por la venta libre de los mismos en el país. El diagnóstico es clínico y el manejo con metronidazol tópico, es efectivo en la mayoría de los casos, pero en ocasiones, puede ser necesario combinarlo con macrólidos orales en menores de 9 años y derivados de tetraciclinas o macrólidos en adultos.

Consideraciones éticas: se manejaron en forma confidencial los datos, protegiendo la identidad de los sujetos. Los autores declaran no tener conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Lipozencic J, Ljubojevic S. Perioral dermatitis. *Clin Dermatol.* 2011;29(2):157-161.
- Nguyen V, Eichenfield LF. Periorifical dermatitis in children and adolescents. *J Am Acad Dermatol.* 2006;55(5):781-785.
- Clementson B, Smidt A. Periorifical dermatitis due to systemic corticosteroids in children: report of two cases. *Pediatr Dermatol.* 2012;29(3):331-332.
- Kellen R, Silverberg NB. Pediatric periorifical dermatitis. *Cutis.* 2017;100(6):385-388.
- Zaouak A, Bouhajja L, Jannet SB, Khayat O, Hammami H, Fenniche S. Facial granulomatous periorifical dermatitis in a Tunisian child. *Our Dermatol Online.* 2018;10(2):181-183.
- Mayor-Ibarguren A, Maseda-Pedrero R, Feito-Rodríguez M. Lesiones periorificiales en una niña. *Actas Dermosifiliogr.* 2016;107(9):773-774.
- Chiriac A, Diaconeasa A, Podoleanu C, Stolnicu S. Childhood Perioral Dermatitis Challenging Treatment. *J Interdiscip Med.* 2018;3(1):50-53.
- Charnowski S, Wollenberg A, Reinholz M. Perioral Dermatitis Successfully Treated with Topical Ivermectin. *Ann Dermatol.* 2019;31(Suppl):S27.
- Guarneri F, Marini H. Perioral dermatitis after dental filling in a 12-year-old girl: involvement of cholinergic system in skin Neuroinflammation. *Scient World J.* 2008;8:157-163.
- Xavier Milagrea AC, Moura de Almeida AP, Dutra Rezende H, Moura de Almeida L, Peixoto Peçanha MA. Granulomatous perioral dermatitis with extrafacial involvement in childhood: good therapeutic response with oral azithromycin. *Rev Paulist Pediatr.* 2018;36(4):511-514.
- Timaná-Palacios D, Valverde-López J, Rojas-Plasencia P, Vicuña-Ríos D, Díaz M, Vásquez-Bautista M. Dermatitis granulomatosa periorifical de la infancia: reto diagnóstico. *Dermatol Perú.* 2016;26(2):114-117.
- Goel NS, Burkhart CN, Morrell DS. Pediatric Periorifical Dermatitis: Clinical Course and Treatment Outcomes in 222 Patients. *Pediatr Dermatol.* 2015;2:1-2.
- Rathi SK, Kumrah L. Topical corticosteroid-induced rosacea-like dermatitis: A clinical study of 110 cases. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2011;77:42-46.
- Mokos ZB, Kummer A, Lazić-Mosler E, Čević R, Basta-Juzbašić A. Perioral Dermatitis: Still a Therapeutic Challenge. *Acta Clin Croat.* 2015;54:179-185.