

Dermatitis periorifical: Presentación de un caso.

Autor: Dra. Begoña Gomar¹

Recibido para publicación :27 de agosto 2018
Aceptado para publicación: 15 de septiembre 2018

Resumen

La dermatitis periorifical es una erupción pápulo-pustular parecida a la rosácea y se ha considerado una variante de la misma. Se presenta como un brote eritematoso uniforme con pápulas y que normalmente aparece en área perioral, pero puede aparecer alrededor de nariz y ojos. La dermatitis periorifical es más frecuente en los adultos jóvenes, pero se han descrito casos en menores de 6 meses.

Se reporta un caso de dermatitis periorifical asociada al uso de corticoides tópicos y sistémicos.

Palabras clave: dermatitis, periorifical, corticoides.

Abstract

Periorifical dermatitis is a rosacea-like papulopustular eruption that is thought to represent a variant to rosacea. These patients present a uniform erythematous papulas most commonly periorally but also occurring around the nose and eyelids. Periorifical dermatitis is more frequent in young adults, but there are cases reported in children under 6 months of age.

We report the case of a periorifical dermatitis secondary to the use of systemic and topical corticosteroids.

Keywords: dermatitis, periorifical, corticoesteroids.

Conflicto de Interés: No existe ningún conflicto de interés.

¹ Peditra dermatóloga. Consultorios Médico Paitilla. Panamá, República de Panamá

Introducción

La dermatitis periorifical (DP) es una dermatosis poco frecuente en la infancia, caracterizada por una erupción acneiforme que ocurre principalmente alrededor de la boca (dermatitis perioral), pero que puede extenderse a la región periocular, perinasal y más raramente en la vulva.

Se describe esta enfermedad inicialmente en mujeres jóvenes, pero se han reportado casos en pacientes pediátricos a partir de los 3 meses, siendo la edad de 5 años la más afectada.¹

Muchos autores consideran la DP una variante juvenil de la rosácea, debido a la similitud en los hallazgos histopatológicos. Se desconoce su etiología, pero hay una fuerte asociación con el uso de corticoides tópicos, inhalados y sistémicos.²

Presentamos un caso de dermatitis periorifical secundaria al uso de corticoides tópicos y sistémicos de manera prolongada.

Caso clínico

Se trata de una paciente de sexo femenino de 9 años de edad, conocida sana, sin antecedentes patológicos personales ni familiares de relevancia. Acude referida a la consulta por cuadro de un mes de evolución, con lesiones pápulo-eritematosas alrededor de la boca, tratada con corticoides orales y tópicos, con empeoramiento progresivo y extensión de las lesiones.

Refiere la madre que fue diagnosticada inicialmente como un eccema de contacto y tratada con corticoides tópicos, en este momento presentó mejoría pero al suspender tratamiento el brote empeoró, se decidió manejo con corticoides orales y múltiples cremas con diferentes corticoides, aproximadamente durante un mes. (figura 1)



Fig.1 Dermatitis periorifical.

Al evaluar la paciente se observa una dermatitis periorifical, con pápulas y eritema importante alrededor de la boca, fosas nasales y periocular. Con esta clínica e historia se hace el diagnóstico de dermatitis periorifical, se suspende tratamiento con corticoides e inicia manejo con eritromicina oral y clindamicina tópica. Con mejoría progresiva de las lesiones, se mantiene el tratamiento oral por 3 semanas y tópico por 4 semanas. (figura 2).

Sin recurrencia al terminar tratamiento.



Fig. 2 Dermatitis periorifical post-tratamiento

Discusión

La Dermatitis Periorifical fue descrita por primera vez en 1970 por Ganotti, en mujeres jóvenes, y desde entonces se han utilizado diferentes términos para referirse a esta enfermedad.³ En nuestro caso presentamos una Dermatitis periorifical secundaria al uso continuo de corticoides tópicos y orales como parte del tratamiento.

El diagnóstico es clínico, presentándose como pápulas eritematosas, papulopústulas o papulovesículas, acompañadas de eritema difuso, descamación, ardor o prurito y ausencia de comedones.¹ La histopatología no se hace de manera rutinaria, ya que el diagnóstico es principalmente clínico, no es característica y es indistinguible de la rosácea, se observa un patrón con infiltrado linfocitario perifolicular y/o abscesos perifoliculares, granulomas dérmicos superficiales perifoliculares.⁴

Dentro de los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta se destacan acné vulgar, dermatitis por contacto alérgica, dermatitis por contacto irritativa, dermatitis seborreica, impétigo, dermatoficias, rosácea, sarcoidosis papulosa y angiofibromas⁵.

En nuestro caso, la paciente fue manejada con corticoides tópicos y sistémicos debido a un eccema por contacto, y a pesar de no ver mejoría clínica se continuó con los corticoides, haciendo la dermatitis periorifical más severa y al suspenderlos presentaba rebrote y empeoramiento.

La etiología de la DP es desconocida, pero se ha asociado a diferentes factores como el mercurio de las amalgamas, causas infecciosas (*Candida* y *demodex*), anticonceptivos orales, pasta de dientes fluoradas, uso de corticoides tópicos, inhalados y sistémicos, siendo estos últimos la causa más frecuente en niños y adolescentes.

La DP es generalmente autolimitada, pero el diagnóstico temprano y tratamiento adecuado es importante para evitar cicatrices y cuadros recurrentes. Las alternativas de tratamiento incluyen inicialmente suspender el corticoide, al suspender esta medicación puede haber una sensación de recaída y empeoramiento de los síntomas, y es importante no reutilizarlos ya que prolonga la enfermedad.⁶

Se utilizan antibióticos tópicos como metronidazole, clindamicina, eritromicina y sulfacetamida, siendo el metronidazol al 0.75% de primera línea con buena respuesta. Las lesiones pueden mostrar mejoría en las primeras 2-3 semanas, con resolución completa hasta 8-12 semanas. Si la erupción persiste se considera el uso de antibióticos orales como macrólidos (azitromicina, claritromicina o eritromicina), metronidazole y tetraciclinas en mayores de 9 años. Otras alternativas locales que han mostrado buena respuesta son adapaleno y pimecrolimus tópico. En nuestro caso se decidió iniciar directamente con antibióticos orales y tópicos debido a la severidad y tiempo de presentación.

Se ha utilizado de ivermectina tópica y sistémica en diferentes casos con respuesta favorable, debido a la asociación de la DP y *Demodex*⁷.

Conclusión

La dermatitis periorifical si bien es cierto, no es muy frecuente en pediatría, son casos que representan un reto diagnóstico y terapéutico. Presentamos este caso ya que consideramos de importancia el conocimiento de esta patología por médicos pediatras y de atención primaria. El diagnóstico temprano es clave en la evolución y progresión de la enfermedad.

Referencias

1. Goel N, Burkhart C, Morrell D. Pediatric Periorifical Dermatitis: Clinical course and treatment outcomes in 222 pacientes. *Pediatr Dermatol.* 2015; 32:333-6.
2. Clementson B, Smidt A. Periorifical dermatitis due to systemic corticosteroids in children: report of two cases. *Pediatr Dermatol.* 2012; 29:331-2.
3. Rodriguez-Caruncho C, Bielsa I, Fernández-Figueras MT et al. Childhood granulomatous periorifical dermatitis with a good response to oral metronidazole. *Pediatr Dermatol.* 2013; 30:e98-e99.
4. Larralde M, Abad E, Luna P et al. Dermatitis periorifical en niños. *Dermatol Arg* 2009; 15:267-71.
5. Kellen R, Silverberg N. Pediatric Periorifical dermatitis. *Cutis.* 2017; 100:385-388.
6. Paller A, Mancini A. Disorders of the sebaceous and sweat glands. En: Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology Fourth Edition. China. Elsevier Saunders 2011:179-180.
7. Noguera-Morel L, Gerlero P, Torrelo A. Ivermectine therapy for papulopustular rosacea and periorifical dermatitis in children: A series of 15 cases. *J Am Acad Dermatol.* 2017; 76:567-569.