

Dermatitis Periorifical en Niños

Caso clínico con revisión bibliográfica

Can acute radiodermatitis be prevented. Case report and literature review

Natalia Silva*

RESUMEN

La dermatitis perioral, es una erupción acneiforme facial común que se encuentra tanto en adultos como en niños teniendo entre sus variantes a las dermatitis periorifical y granulomatosa periorifical. Su etiología permanece desconocida, sin embargo, el uso de corticosteroides tópicos faciales comúnmente precede a la manifestación de esta condición. Existe una amplia variedad de opciones en su tratamiento, tanto en su uso sistémico como tópico. En niños esto es ligeramente diferente de los de los adultos. Así, la Tetraciclina oral, revela la mejor evidencia válida. Pese a ello, este tratamiento no parece ser adecuado si nos encontramos frente a pacientes menores de 8 años. En el caso del metronidazol tópico, la eritromicina y el pimecrolimus también representan opciones de tratamiento eficaces con buena evidencia. Y por otra parte, el uso de corticosteroides tópicos, es común en estos casos, aunque la controversia está en si es un buen tratamiento o una causa, ya que puede mejorar el cuadro clínico, pero existe el riesgo de rebote cuando se detiene.

En el presente documento, se describe el caso clínico de un paciente menor de edad, que previo al consentimiento de sus padres y tras la revisión extensa de la literatura existente, se pudo determinar el tratamiento adecuado.

Dermatol Peru 2021;31 (4):304-308

ABSTRACT

Perioral dermatitis is a common facial acneiform eruption found in both adults and children, with periorifical and periorifical granulomatous dermatitis among its variants. Its etiology remains unknown, however, the use of topical facial corticosteroids commonly precedes the manifestation of this condition. There is a wide variety of options in its treatment, both in its systemic and topical use. In children this is slightly different from that of adults. Thus, oral Tetracycline reveals the best valid evidence. Despite this, this treatment does not seem to be appropriate if we are dealing with patients under 8 years of age. In the case of topical metronidazole, erythromycin and pimecrolimus also represent effective treatment options with good evidence. And on the other hand, the use of topical corticosteroids is common in these cases, although the controversy is whether it is in itself a good treatment

or a cause, since it can improve the clinical picture, but there is a risk of rebound when it is stopped.

In the present document, the clinical case of a minor patient is described, who, prior to the consent of her parents and after an extensive review of the existing literature, could determine the appropriate treatment

CASO CLÍNICO

Niño de 4 años, chileno, en el mes de Julio del año 2020 presenta lesiones papulares con base eritematosa en zona perioral (Figura N° 1). Se asocia a prurito. Existen antecedentes previos de corticoides inhalados con aerocámara desde los 14 meses en forma intermitente y continua desde marzo del año 2020. No presenta fiebre ni otro síntoma asociado, como tampoco historia de viajes recientes ni exposición ambiental a sustancias desconocidas. Su médico pediatra, tras este evento, decide suspender corticoide inhalado e indica butirato propionato

* Médico Dermatóloga Clínica Klein Santiago-Chile



Figura N° 1. Eritema perioral y pápulas eritematosas.



Figura N° 2. Persiste eritema leve descamación fina.

de hidrocortisona 0.1% crema una vez al día por 5 días, posterior a lo cual indica prednisona 10mg/día vía oral por 7 días. Al no notar mejorías, realiza nuevamente un cambio en el tratamiento a pimecrolimus 1% en ungüento, fluticasona propionato 0.05% 2 veces al día por 1 semana, baños de cloro, syndet en baño diario y vaselina solida en todo el cuerpo después de cada baño. Cuando en el mes de agosto, las lesiones persisten, y se extienden además a la zona peri orbitaria y con mayor intensidad (Figura N° 2 y 3), los padres deciden acudir en búsqueda de una segunda opinión, iniciando butirato propionato de hidrocortisona 0.1% una vez al día por 4 días y después paralelamente clotrimazol 1% 2 veces al día y pimecrolimus 1% una vez al día por 10 días, donde no hubo una buena respuesta, tras lo cual acuden a nuestro centro médico.

Paciente presenta eritema en zona perioral y periorbitaria además de pápulas blanquecinas y descamación fina en entrecejo y mentón (Figura N° 4). Padres adicionan a antecedentes que existe mayor irritación en las mañanas debido a que el menor tiende a rascar sus lesiones durante el sueño.

Se decide suspender todo tratamiento anterior e iniciar Hidroxicina 10mg/5ml 1,25 ml en la noche, lavado de rostro con syndet, cicalfate de Avène 3 veces al día, sobre



Figura N° 1. Inicio de eritema periorcular.



Figura N° 4. Eritema perioral y periocular, pápulas confluyentes manifestación diurna.

este tacrolimus 0.03% una vez al día, y Claritromicina 250mg/5ml 2ml cada 12 horas por 14 días. A los 7 días de iniciado este tratamiento, se ven leves mejorías, y se decide incorporar metronidazol 0.75% justificado en la alteración de su microbiota de la piel (clínicamente impresionaba su exceso de demódex folliculorum), tras lo cual hay un retroceso debido a la baja tolerancia al metronidazol, por lo cual se suspende. Así, se decide un nuevo enfoque, con Desloratadina 2.5mg/5ml: 2.5ml en la mañana, ivermectina 1% ungüento en zonas no eritematosas, pulsos de Azitromicina por 7 días intercalados semanalmente por 2 meses e Hidroxicina en la noche. Posterior a la tercera semana de este nuevo tratamiento, cede el eritema y bajan las pápulas, y ya a 2 meses de tratamiento el menor ya no presenta lesiones, tratándose actualmente solo con humectación 2 veces al día, syndet y desloratadina.

DISCUSIÓN

La dermatitis periorifical es una erupción acneiforme para cuyo origen se han propuesto una variedad de factores extrínsecos e intrínsecos, como factores etiopatogénicos, aunque ninguno de ellos explicaría completamente la patogénesis compleja de la enfermedad. Existe así, más evidencia que apoya las creencias de que la disfunción de la barrera epidérmica, sería un factor patógeno principal subyacente que contribuiría a la inflamación cutánea persistente en localizaciones faciales típicas.

Los pacientes con dermatitis periorifical se consideran hiperreactores que tienen una función esencial alterada de la barrera cutánea, especialmente la barrera cutánea de la región perioral, caracterizada por un estrato córneo delgado y permeable y un desequilibrio de los lípidos intercelulares, lo que los hace más susceptibles a diversos trastornos internos y externos e irritantes que contribuyen al desarrollo de la enfermedad².

La dermatitis periorifical ocurre en todo el mundo, especialmente en la población de piel clara; viéndose afectadas predominantemente mujeres de entre 15 y 45 años. La incidencia máxima se da en la segunda y tercera década de la vida. La dermatitis perioral también se observa en niños, donde, a diferencia de la forma adulta, los hombres se ven afectados predominantemente³. Puede ser inducida por la aplicación tópica o la inhalación de corticosteroides, respuesta alérgica a la amalgama y mercurio en los empastes dentales⁴, pasta de dientes que contiene fluoruros⁵, cosméticos, bacterias fusiformes⁶, *Cándida albicans*⁷, y *Demódex folliculorum*⁸. Sin embargo, también cabe señalar que existe otro grupo de factores asociados con la dermatitis perioral como las hormonas (brote premenstrual, píldoras anticonceptivas y embarazo⁹), disfunción de la barrera cutánea (dermatitis atópica)^{10,11}, corticosteroides sistémicos en el trasplante renal¹², enfermedad de crohn^{13,14} y miastenia gravis¹⁵. Por tanto, es razonable suponer que la dermatitis perioral es una combinación de los genes, el entorno y respuesta a múltiples estímulos diferentes.

Suele presentarse como pápulas, papulovesículas y papulopústulas foliculares rojizas agrupadas sobre una base eritematosa con posible confluencia de lesiones, predominantemente en distribución perioral con clásica preservación del borde del bermellón de los labios.

La histopatología comúnmente muestra resultados inespecíficos. Inflamación con cantidades variadas de infiltración perifolicular o infiltración perivascular con predominio linfocítico.

El diagnóstico diferencial de la dermatitis perioral son las dermatosis faciales, que se pueden dividir en varias otras formas como acné, dermatitis de contacto, dermatitis seborreica, rosácea, sarcoidosis, siringoma eruptivo y lupus miliaris disseminatus faciei^{15,16,17}.

Hay muchas opciones de tratamiento disponibles para la dermatitis perioral basada en las etiologías de la enfermedad. Sin embargo, la mayoría de los tratamientos han sido desarrollados mediante prueba y error. Los corticosteroides tópicos se utilizan a menudo como primera línea, la única excepción está en pacientes cuya

dermatitis perioral se desarrolló durante el uso de este en forma tópica o inhalatoria. Cabe señalar que, tras la interrupción del corticosteroide tópico, los síntomas reaparecerán en las primeras semanas debido al efecto rebote. Por lo tanto, es importante reducir lentamente el uso del corticosteroide tópico durante un lapso de varias semanas para evitar que se produzca este. La tetraciclina oral es uno de los tratamientos de elección para dermatitis perioral. Se utiliza en niños mayores de 8 años porque puede manchar severamente los dientes en desarrollo. El mecanismo de acción exacto se desconoce. El rendimiento y la eficacia de la tetraciclina oral han sido bien documentados. Cuando se comparó la tetraciclina oral con el metronidazol tópico en un ensayo prospectivo, doble ciego, aleatorizado y multicéntrico, se demostró que la tetraciclina fue significativamente más eficaz que el metronidazol tópico¹⁸. La dosis de tetraciclina varió de 250 mg dos veces al día a cuatro veces al día y 500 mg dos veces al día en casos graves^{19,20}. La duración del tratamiento varió de acuerdo con la respuesta, generalmente era alrededor 4-8 semanas. La doxiciclina y la minociclina son tetraciclinas de segunda generación. Estos medicamentos exhiben una mayor biodisponibilidad y absorción y una actividad antibacteriana más amplia que la tetraciclina. Algunos casos han informado el uso de minociclina o doxiciclina para el tratamiento de la dermatitis perioral. Las mujeres embarazadas y los pacientes pediátricos no pueden tomar tetraciclina oral. En estos casos, una alternativa es la eritromicina oral. Se ha utilizado eritromicina 500 mg / día siendo eficaz²¹. El metronidazol tópico para el tratamiento de la dermatitis perioral se utiliza por su capacidad para suprimir la actividad de la flora bacteriana de la piel, y contrarrestar las actividades de *Demodex spp* e inflamación. El metronidazol tópico es eficaz con o sin medicación oral. La crema de metronidazol al 1% utilizada durante 8 semanas vs metronidazol 0,75%, gel utilizado por 14 semanas ambos son eficaces²². El pimecrolimus tópico tiene la capacidad de bloquear la inducción de citocinas proinflamatorias por el factor nuclear de las células T activadas (NFAT). Este bloqueo suprime las respuestas de las células T a proteínas y patógenos inflamatorios^{22,23}. Este efecto antiinflamatorio, y debido a que es una crema no a base de esteroides, el pimecrolimus es adecuado como tratamiento opcional para la dermatitis perioral inducida por corticosteroides²⁴. Pimecrolimus no tiene efecto sobre *Demodex spp.*, tampoco tiene propiedades vasoactivas^{25,26}. Por lo general, el pimecrolimus se tolera bien. Un pequeño número de los pacientes se han quejado de ardor o escozor en la aplicación²⁴.

CONCLUSIÓN

Hay muchos artículos para el tratamiento de dermatitis periorificial y granulomatosa, pero ninguno de los medicamentos parece ser mejor que otro para curar completamente la enfermedad. Por tanto, debe establecerse un enfoque personalizado según edad y factores agravantes involucrados que pueden ser extraídos de la historia del paciente.

En este caso en particular, nuestro paciente claramente tenía uso prolongado de corticoides inhalados, produciendo esto una alteración de la microbiota de la piel, siendo uno de los gatillantes de la enfermedad, además de la suspensión repentina de este. Podemos observar que al inicio, el uso de pimecrolimus 1% ungüento es una buena elección, pero en este caso nuestro paciente tenía ya muy alterada la barrera epidérmica causándole más irritación y escozor.

El hecho que no tolerara el metronidazol 0.75% fue intrínseco de nuestro paciente ya que generalmente tiene muy buena tolerancia, siendo este usado en muchas ocasiones en dermatitis periorificial como tratamiento único.

La buena comunicación con sus padres nos permitió acceder a una mejor información de los tratamientos antes utilizados y reacciones a éstos, logrando así llegar al esquema adecuado.

Se decidió utilizar desloratadina 2,5mg/ml en la mañana ya que es en sí mismo es un antagonista periférico del receptor de histamina H1 no sedante activo por vía oral y muy seguro. Tiene un rápido inicio de efecto, eficacia a lo largo de un intervalo de dosificación de 24 horas y eficacia sostenida en estas condiciones alérgicas. Sin embargo, las principales ventajas clínicas potenciales de la desloratadina sobre los antihistamínicos H1 de última generación es la actividad descongestionante del fármaco, que ha sido corroborada en varios estudios de pacientes con rinitis alérgica, y sus efectos antiinflamatorios, lo que nos llevó a su utilización, para así descongestionar la piel sin el uso de corticoides. Este efecto, lo potenciamos con el uso de macrólidos ya que poseen efectos antiinflamatorios e inmunomoduladores. De esta familia optamos por Azitromicina ya que es mejor tolerado vs la eritromicina que puede producir malestar gastro intestinal y mejor adherencia al ser solo una dosis diaria.

Por último, ya que clínicamente nos parecía que presentaba un sobrecimiento de *demódex spp*, este hallazgo se confirma con un examen de raspado. Los ácaros *Demodex* activan una respuesta inmune de la vía TLR-2. Esto resulta en la liberación de mediadores proinflamatorios que conducen

a cambios inflamatorios en la piel. Por ello, se decide utilizar ivermectina 1% una vez al día. La crema tópica de ivermectina al 1% es una nueva opción que tiene actividad antiinflamatoria y acaricida contra *Demodex* spp. Se ha visto que la ivermectina disminuye el recuento de lesiones inflamatorias en un grado significativamente mayor que el metronidazol a las 16 semanas de tratamiento.

Mencionando todo esto se debe tener el cuidado apropiado de acuerdo con la gravedad, la edad, el sexo y las preocupaciones individuales del paciente y padres. Es nuestro deber escuchar y tranquilizar a los padres en cada visita, recalando que nos encontramos frente a una condición que no es infecciosa ni mortal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kihiczak GG, Cruz MA, Schwartz RA. Periorifical dermatitis in children: An update and description of a child with striking features. *Int J Dermatol*. 2009;48:304-6. [PubMed: 19261023]
- Anamaria Balić, Domagoj Vlašić, Mislav Mokos, Branka Marinović. The role of the skin barrier in periorifical dermatitis. *Acta Dermatovenerol Croat* 2019 Sep;27(3):169-179.
- Wells K, Brodell RT. Topical corticosteroid 'addiction': A cause of peri oral dermatitis. *Postgrad Med*. 1993;93:225-30. [PubMed] [Google Scholar]
- Brehler R, Panzer B, Forck G, Bertram HP. Mercury sensitization in amalgam fillings. Assessment from a dermatologic viewpoint. *Dtsch Med Wochenschr*. 1993;118:451-6. [PubMed] [Google Scholar]
- Mellette JR, Aeling JL, Nuss DD. Fluoride tooth paste: A cause of peri oral dermatitis. *Arch Dermatol*. 1976;112:730-1. [PubMed] [Google Scholar]
- Berardi P, Benvenuti S, Genga A, Cecchini F. Demonstration of fusobacteria in eruptions of peri oral dermatitis using the tape stripping toluidine blue (TSTB) method. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 1994;3:495-9. [Google Scholar]
- Bradford LG, Montes LF. Perioral dermatitis and *Candida albicans*. *Arch Dermatol*. 1972;105:892-95. [PubMed] [Google Scholar]
- Rufli T, Mumcuoglu Y, Cajacob A, Büchner S. *Demodex folliculorum*: Zur Ätiopathogenese und Therapie der Rosacea und perioralen Dermatitis. *Dermatologica*. 1981;162:12-26. [PubMed] [Google Scholar]
- Hafeez ZH. Perioral dermatitis: an update. *Int J Dermatol*. 2003;42(7):514-7
- Jansen T. Perioral dermatitis successfully treated with topical adapalene. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2002;16(2):175-7.
- Dirschka T, Szliska C, Jackowski J, Tronnier H. Impaired skin barrier and atopic diathesis in peri oral dermatitis. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2003;1(3):199-203.
- Adams SJ, Davison AM, Cunliffe WJ, Giles GR. Perioral dermatitis in renal transplant recipients maintained on corticosteroids and immunosuppressive therapy. *Br J Dermatol*. 1982;106(5):589-92
- Hogan DJ. Perioral dermatitis. *Curr Probl Dermatol*. 1995;22:98-104
- Rodriguez-Martin M, Saez-Rodriguez M, Carnerero-Rodriguez A, Rodriguez-Garcia F, Cabrera de Paz R, Sidro-Sarto M, et al. Treatment of peri oral dermatitis with topical pimecrolimus. *J Am Acad Dermatol*. 2007;56(3):529-30
- Goss JM, Nord KM, Olarte MR, Grossman ME. Perioral dermatitis in a patient with myasthenia gravis following systemic corticosteroid treatment. *Br J Dermatol*. 2007;156(3):582.
- Misago N, Nakafusa J, Narisawa Y. Childhood granulomatous periorifical dermatitis: lupus miliaris disseminatus faciei in children? *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2005;19(4):470-3
- Van de Scheur MR, van der Waal RI, Starink TM. Lupus miliaris disseminatus faciei: a distinctive rosacea-like syndrome and not a granulomatous form of rosacea. *Dermatology*. 2003;206(2):120-3
- Moloney FJ, Egan CA. Case 3. Acne agminata (lupus miliaris disseminatus faciei). *Clin Exp Dermatol*. 2003;28(6):685-6.
- Veien NK, Munkvad JM, Nielsen AO, Niordson AM, Stahl D, Thormann J. Topical metronidazole in the treatment of perioral dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 1991;24(2 Pt 1):258-60.
- Tarm K, Creel NB, Krivda SJ, Turiansky GW. Granulomatous periorifical dermatitis. *Cutis*. 2004;73(6):399-402.
- Zalaudek I, Di Stefani A, Ferrara G, Argenziano G. Childhood granulomatous periorifical dermatitis: a controversial disease. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2005;3(4):252-5
- Choi YL, Lee KJ, Cho HJ, Kim WS, Lee JH, Yang JM, et al. Case of childhood granulomatous periorifical dermatitis in a Korean boy treated by oral erythromycin. *J Dermatol*. 2006;33(11):806-8.
- Miller SR, Shalita AR. Topical metronidazole gel (0.75%) for the treatment of perioral dermatitis in children. *J Am Acad Dermatol*. 1994;31(5 Pt 2):847-8
- Bornhove EC, Burgdorf WH, Wollenberg A. Immunomodulatory macrolactams for topical treatment of inflammatory skin diseases. *Curr Opin Investig Drugs*. 2002;3(5):708-12
- Schwarz T, Kreislermaier I, Bieber T, Thaci D, Simon JC, Meurer M, et al. A randomized, double-blind, vehicle-controlled study of 1% pimecrolimus cream in adult patients with perioral dermatitis. *J Am Acad Dermatol*. 2008;59(1):34-40.
- Schuller E, Oettel T, Bornhove E, Wetzel S, Wollenberg A. Tacrolimus ointment causes inflammatory dendritic epidermal cell depletion but no Langerhans cell apoptosis in patients with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2004;114(1):137-43.
- Hoetzenecker W, Ecker R, Kopp T, Stuetz A, Stingl G, Elbe-Burger A. Pimecrolimus leads to an apoptosis-induced depletion of T cells but not Langerhans cells in patients with atopic dermatitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2005;115(6):1276-83.