

Dermatitis granulomatosa periorificial de la infancia: reto diagnóstico

Granulomatous childhood periorificial dermatitis: diagnosis challenge

Daysi Timaná-Palacios,¹ Jenny Valverde-López,^{2,3} Percy Rojas-Plasencia,^{2,3} Dora Vicuña-Ríos,^{2,3} Marisol Díaz,⁴ Maricela Vásquez-Bautista¹

RESUMEN

La dermatitis granulomatosa periorificial de la infancia es una variante granulomatosa de la dermatitis perioral. Es de etiología desconocida y se caracteriza por pequeñas pápulas monomorfas alrededor la boca, nariz y ojos que histopatológicamente muestran un patrón granulomatoso. Afecta a los niños de ambos sexos y por lo general persiste durante varios meses, cura sin dejar cicatriz. Se presentan los casos de cuatro niñas a las que se les diagnosticó esta patología. A una de las cuales se le realizó estudio histopatológico que mostraba un infiltrado granulomatoso perifolicular, en todas se instauró tratamiento tópico y sistémico con evolución favorable.

PALABRAS CLAVE: Dermatitis, granulomatosa, infancia, dermatitis granulomatosa periorificial.

ABSTRACT

Childhood periorificial granulomatous dermatitis, is a Variant granulomatous perioral dermatitis. It is of unknown etiology and is characterized by small monomorphous papules around the mouth, nose and eyes that histologically show a granulomatous pattern. It affects children of both sexes and usually persists for several months and it heals without scarring. We present the case of 4 girls who is diagnosed with this disease, one of which is conducted histopathological study which showed an infiltrated perifollicular granulomatous, all was topical and systemic treatment with favorable evolution.

KEY WORDS: Dermatitis, granulomatous, childhood granulomatous periorificial dermatitis.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis granulomatosa periorificial de la infancia (DGPOI) es una dermatosis papular de presentación poco frecuente, etiología desconocida y la mayoría de las veces autolimitada. Se caracteriza por pápulas eritematosas localizadas principalmente alrededor de la boca y nariz, en ocasiones con compromiso extrafacial en cuello y región perivulvar.¹ Se presenta cuatro casos clínicos de pacientes vistas en el servicio de Dermatología del Hospital Regional Docente de Trujillo, que plantean múltiples diagnósticos diferenciales.

CASO CLÍNICO 1

Niña de nueve años, procedente de La Esperanza. Desde hace cuatro meses presenta lesiones en la cara asociadas a prurito. La madre refiere haberle aplicado betametasona, crema, 0,05%, durante tres semanas, con exacerbación de las lesiones. Niega antecedentes patológicos.

Examen físico: pápulas eritematosas peribucales, perinales y perioculares y algunas pústulas. Figura 1.

1. Médico residente de Dermatología. Universidad Nacional de Trujillo (UNT). Hospital Regional Docente de Trujillo (HRDT). Trujillo, Perú.
2. Médico asistente de Dermatología. HRDT. Trujillo, Perú.
3. Docente, UNT. Trujillo, Perú.
4. Dermatopatóloga. Trujillo, Perú.

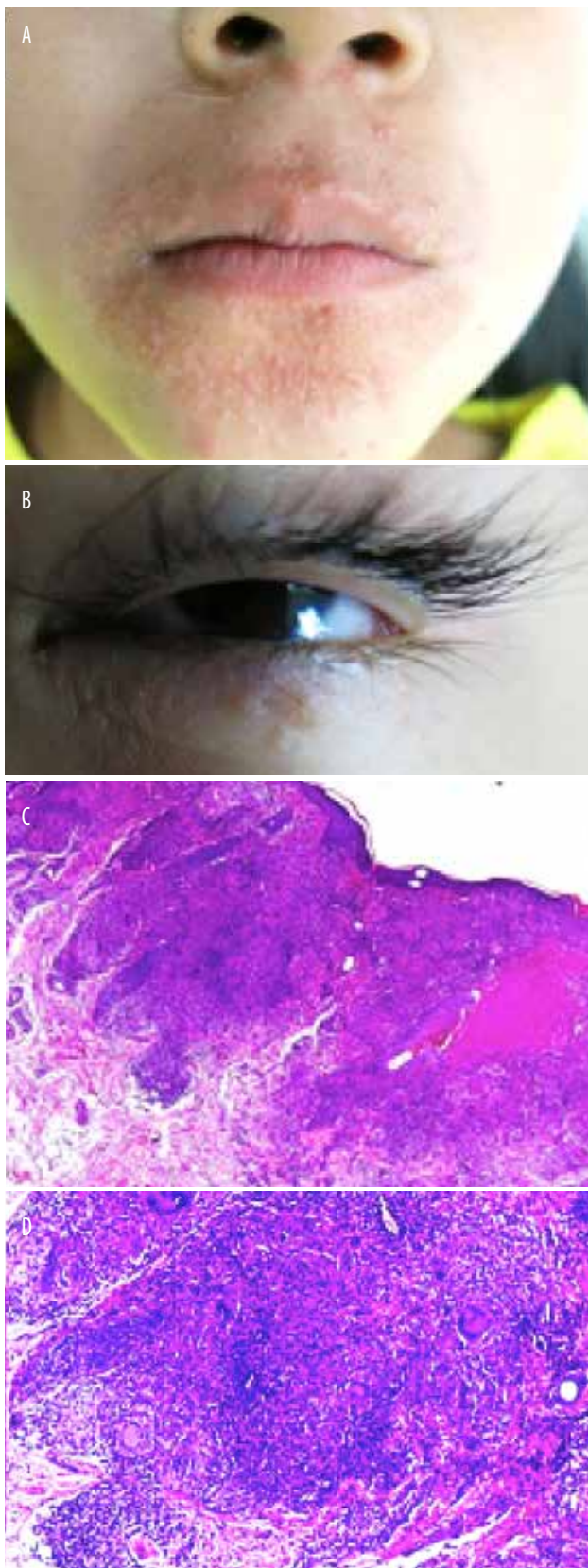


Figura 1. A) Pápulas eritematosas alrededor de boca y nariz. B) Pápulas eritematosas alrededor de los ojos. C) 10x Dermatitis crónica granulomatosa no caseificante. D) 40x infiltrado granulomatoso perifolicular.

En la histopatología, dermatitis crónica granulomatosa no caseificante. Figuras 1C y D.

Se le diagnosticó DGPOI y fue tratada con azitromicina y metronidazol, 0,75% gel, con mejoría de las lesiones.

CASO 2

Niña de ocho años, procedente de Florencia de Mora. Presenta desde hace tres meses lesiones asintomáticas en la cara. Se le aplicó clotrimazol 1% y betametasona 0,05% sin mejoría. Sin antecedentes patológicos.

Examen físico: pápulas eritematosas que confluyen y forman placas en las regiones periorcular, perinasal, perioral y perivulvar. Figura 2.



Figura 2. Pápulas eritematosas alrededor de boca, nariz y ojos B: pápulas y placas eritematosas en región vulvar.

Se le indica azitromicina, 250 mg, 3 veces/sem, y clindamicina, 1% loción, con mejoría de las lesiones faciales a los tres meses de tratamiento. La región vulvar fue la de resolución más lenta.

CASO 3

Niña de cuatro años procedente de Trujillo, acude por presentar lesiones asintomáticas en cara desde hace tres meses, había recibido tratamiento con corticoides tópicos.

Al examen físico, presencia de pápulas eritematosas en las regiones perioral y perinasal, sobre una base eritematosa (Figura 3).

Se le indicó tratamiento con metronidazol tópico con mejoría de lesiones a los dos meses de tratamiento.



Figura 3. Pápulas eritematosas. A) En región perioral. B) En región perinasal, sobre una base eritematosa.



Figura 4. Micropápulas sobre base eritematosa alrededor de boca y ojos.

CASO 4

Lactante de 1 año procedente de Trujillo, acude por presentar lesiones asintomáticas en cara desde hace 3 meses, madre le había aplicado cremas trifármacos con exacerbación de lesiones.

Examen físico: micropápulas sobre base eritematosa alrededor de la boca y los ojos. Figura 4.

Se le inició tratamiento con azitromicina, vía oral, y clindamicina, loción, con evolución favorable.

COMENTARIO

La primera descripción de esta patología la realizaron Gianotti et al., en 1970, al presentar a cinco niños con una erupción perioral asintomática granulomatosa.² Sin embargo, fueron Knautz y Leshner los primeros en utilizar el término dermatitis periorifical granulomatosa de la infancia (DPGI), con base en la localización de las lesiones, los granulomas y la afectación infantil.³

Considerada una variante de la dermatitis periorifical, la forma granulomatosa es también conocida como DGPOI, erupción afrocaribeña de la infancia o dermatitis perioral granulomatosa, entidad poco común que afecta a prepúberes de ambos sexos.^{4,5}

Clínicamente son pequeñas pápulas eritematosas, pústulas o vesículas que pueden confluir formando placas; frecuentemente acompañadas de eritema difuso. Puede acompañarse de prurito, ardor o ser asintomáticas. La

localización más frecuente es la perioral con una zona libre alrededor del bermellón de los labios, pero también puede comprometer la región perinasal, periocular y con menor frecuencia la región perivulvar.^{6,7} En una publicación argentina describieron características clínicas de 48 pacientes con dermatitis periorificial;⁸ 60% fueron mujeres, tal como predomina en la mayoría de publicaciones de casos clínicos. Además, las lesiones se localizaron más frecuentemente en la región perioral lo cual concuerda con lo presentado donde todas las pacientes presentaban esta localización, además tuvimos un caso de presentación infrecuente como es la vulva. La edad de presentación es variada; algunos estudios comunican mayor incidencia en menores de cinco años.⁹ En nuestros casos las edades oscilaron entre uno y ocho años.

La etiopatogenia no está bien definida, se postulan diferentes factores desencadenantes: causas infecciosas (cándida, demódex), antibióticos tópicos, pasta de dientes fluorada, preparaciones cosméticas y soluciones antisépticas.⁷ Los corticoides (orales, tópicos e inhalatorios) son la causa más frecuente de dermatitis periorificial en niños y adolescentes.^{1,10} Todos los casos tenían el antecedente de haber usado algún corticoide tópico lo cual corrobora las teorías de que estos fármacos inducen o exacerban las lesiones.

El diagnóstico se realiza se basa en las características clínicas y la localización de las lesiones. Los hallazgos histopatológicos no son específicos.

En la histopatología, se puede observar granulomas epitelioides sin necrosis caseificante peri o perifoliculares, con células gigantes multinucleadas y linfocitos.¹¹

La DGPOI plantea múltiples diagnósticos diferenciales entre los cuales están el acné infantil, la dermatitis facticia por morderse los labios, sarcoidosis, siringomas eruptivos, la *granulosis rubra nasi*, el *lupus miliaris disseminatus faciei*.^{12,13}

El metronidazol, 0,75%-1%, en gel o loción, es el tópico de elección para el tratamiento de DGPOI, aunque pueden considerarse otros antibióticos como eritromicina 2% y clindamicina 1%.¹⁴ Se ha sugerido que tacrolimus tópico produce buenas respuestas terapéuticas.¹⁵ La intensidad del cuadro puede requerir de una terapia sistémica complementaria. Tetraciclina, 1 g/d, limeciclina, 150 mg/d, y minociclina, 200 mg/d, son los antibióticos de elección en niños mayores de nueve años, aunque también se ha propuesto el uso de macrólidos y doxiciclina. En

niños menores de nueve años, se recomienda el uso de eritromicina, 30 a 50 mg/kg/d.¹⁵ En los casos presentados, por la edad de las pacientes, se usó azitromicina oral junto con metronidazol o clindamicina tópica y se obtuvo muy buena respuesta en la zona facial, aunque se observó que la resolución de las lesiones vulvares fue más tardía.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico, la etiología y el manejo de las afecciones periorificiales en niños son un verdadero reto para el dermatólogo por la diversidad de diagnósticos diferenciales.

Si bien la dermatitis granulomatosa periorificial de la infancia es una patología de buen pronóstico, es necesario realizar un diagnóstico temprano e instaurar un tratamiento adecuado para mejorar los síntomas, el compromiso estético y evitar cuadros recurrentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kim Y, Shin J, Lee J, Park YL, Whang KU, Lee S. Childhood granulomatous periorificial dermatitis. *Ann Dermatol*. 2011;23:386-88.
- Gianotti F, Ermacora E, Benelli MG, Caputo R. Particulière dermatite périforale infantile: observations sur cinq cas. *Bull Soc Fr Dermatol Syphiliogr*. 1970;77:341.
- Florez White M. Acné y enfermedades relacionadas. En: Larralde M, Abad E, Luna P. *Dermatología Pediátrica*, 2.ª ed. Buenos Aires: Journal; 2010, pp. 349-364.
- Chamlin S, Lawley L. Dermatitis perioral. En: Freedberg I, Eisen A, Wolff K, Austen K, Goldsmith L, Katz S. *Fitzpatrick Dermatología en Medicina General*. 7.ª Buenos Aires: Panamericana; 2009. p. 709-712.
- Lee WJ, Yang JH, Lee MW, Choi JH, Moon KC, Koh JK. A case of childhood granulomatous periorificial dermatitis. *Korean J Dermatol*. 2008;46:1570-1572.
- Nguyen V, Eichenfield L. Periorificial dermatitis in children and adolescents. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55:781-785.
- Hafeez Z. Perioral dermatitis: an update. *Int J Dermatol*. 2003;42:514-517.
- Larralde ME, Abad P, Luna R, Plafnik B, Pagotto. Dermatitis periorificial en niños. *Dermatol Argent*. 2009;15:267-271.
- Nguyen V, Eichenfield L. Periorificial dermatitis in children and adolescents. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55:781-785.
- Guarneri F, Marini H. An unusual case of perioral dermatitis: possible pathogenic role of neurogenic inflammation. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21:410-412.
- Calzado L, Galera CM, Arrue I, Rodríguez-Peralto JL, Guerra A, Vanaclocha F. Dermatitis perioral granulomatosa infantil. *Actas Dermosifiliogr*. 2004;95:580-2.
- Medina Castillo DE, Orozco la Roche JE, Beirana Palencia A, Alonzo-Romero Pareyon L. Enfermedad granulomatosa periorificial de la infancia. Estudio clínico de 10 casos. *Piel*. 2003;18:359-63.
- Palomo A, Cervigón I, Torres-Iglesias L. Pápulas periorales, perinasales y perioculares asintomáticas. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100:815-6.
- Yu Wen L, Ming-Tuo C, Shu-Ling H. Granulomatous periorificial dermatitis in a young woman. *Dermatol Sinica*. 2006;24:38-41.
- Hussain W. Granulomatous periorificial dermatitis in an 11-year-old boy: dramatic response to tacrolimus. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21:137-139.

Correspondencia: Daysi Timana Palacios
dayelitp@hotmail.com

Recibido: 1 de junio de 2015.
Aceptado: 12 de agosto de 2015.