

Dermatitis perioral en la infancia: presentación de dos casos e importancia de la correlación clínico patológica

Perioral dermatitis in childhood: report of two cases and importance of clinical pathological correlation

Diana Tejada,¹ Erick Martínez,² Michelle Ulban,³ Roberto Arenas⁴

RESUMEN

Con el nombre de dermatitis perioral se conocen a un grupo de dermatosis inflamatorias y eruptivas que predominan en mujeres jóvenes, y con menos frecuencia en niños. Se caracterizan por pápulas y pústulas pequeñas en una distribución periorifical, predominantemente alrededor de la boca. Puede estar relacionada con el uso de esteroides tópicos. Se presentan dos casos clínicos:

Caso 1. Paciente de sexo masculino, de 12 años de edad, con lesiones papulopustulares periorales, de un mes de evolución. Se realizó el diagnóstico de foliculitis por Malassezia sp. en base a la histopatología y la tinción de Gram. Se dio tratamiento con Itraconazol, 200 mg, por vía oral, durante 14 días (5 mg/kg), y crema de ketoconazol al 2%, dos veces al día. Se obtuvo resolución completa en dos meses.

Caso 2. Paciente de sexo femenino, de nueve años de edad, con dos meses de evolución con pápulas periorales tratadas con betametasona, con posterior diseminación a nariz y párpados. Se realizó diagnóstico de dermatitis granulomatosa periorifical en base a la histopatología y tinción de Gram. Se inició tratamiento con eritromicina, vía oral, y metronidazol, gel 1%. Se observó resolución casi completa en seis semanas.

Ambos casos muestran que el diagnóstico, la etiología y el manejo de dermatitis periorales en niños son un verdadero reto, por lo tanto, es de crucial importancia realizar una correlación clínico patológica.

PALABRAS CLAVES. Dermatitis perioral, Malassezia sp., foliculitis,

ABSTRACT

Perioral dermatitis was described as an inflammatory rash in young women, but also present in children. It is characterized by periorifical papules and pustules predominantly around the mouth. It can be related with the use of topical corticosteroids. We report two cases: A 12 year-old male patient, with a one

month history of perioral papulopustular lesions. Diagnosis of folliculitis Malassezia sp. was supported on histopathology and Gram stain. Itraconazole therapy was given, 200 mg orally for 14 days (5 mg/kg) and ketoconazole cream 2% twice daily. Complete resolution was obtained within two months. A 9 year-old female patient, with a two months history of perioral papules treated with betamethasone, later spreading to nose and eyelids. Diagnosis of periorifical granulomatous dermatitis was based on histopathology and Gram stains. Treatment with oral erythromycin and metronidazole gel 1%, showed an important improvement after six weeks. Both cases show that the diagnosis, etiology and management of perioral dermatitis in children is a challenge, so it is crucial to make a clinic pathologic correlation.

KEY WORDS. Perioral dermatitis, Malassezia sp., folliculitis

¹ Dermatóloga.

² Jefe de la Unidad de Micología Médica/Adjunto a Investigación.

³ Residente del Instituto de Dermatología y Cirugía de Piel 'Prof. Dr. Fernando A. Cordero C' de Ciudad de Guatemala.

⁴ Jefe de la Sección de Micología del Hospital General 'Dr. Manuel Gea González' de la ciudad de México.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis periorificial (DPO) es un cuadro clínico inflamatorio que se describe como una erupción más frecuente en mujeres jóvenes; sin embargo, se ha visto ocasionalmente en niños. Esta entidad deberá diferenciarse de la DPO granulomatosa (DPOG) de la infancia, sarcoidosis, rosácea y foliculitis.^{1,2} Presenta de manera característica: pápulas eritematosas, vesículas y pústulas agrupadas y simétricas pero pueden ser unilaterales y aparecer en otras regiones. Respetan el borde del bermellón del labio y no presenta telangiectasias.^{2,3}

Se ha descrito su asociación al uso de corticosteroides tópicos potentes, especialmente en los pacientes con recurrencia de las lesiones al suspender el uso de los mismos, sin embargo no todos los casos están relacionados a su uso.²

Otra entidad periorificial infantil es la foliculitis, ya que, aunque es rara su presentación en cara, se ha visto que se pueden presentar como erupción acneiforme.⁴ Las foliculitis son inflamaciones del folículo piloso que pueden ser causadas por diversos factores, como infecciones bacterianas, fúngicas y parasitarias. Las levaduras del género *Malassezia* se consideran microbiota normal y se han relacionado a diversas dermatosis como la foliculitis, pitiriasis versicolor, dermatitis seborreica, psoriasis, papilomatosis confluyente y reticulada y acné vulgar, entre otras. Los primeros reportes de foliculitis por *Pityrosporum* datan de 1969, pero fue hasta 1973 cuando Potter y col. relacionan clínica e histopatológicamente el *Pityrosporum* con las lesiones de foliculitis.^{4,5} Las lesiones clásicas se describen como papulopústulas pruriginosas localizadas preferentemente en la espalda, tórax, extremidades superiores y a veces el cuello, pero también hay descripciones de presentaciones atípicas en cuero cabelludo o que simulan erupciones acneiformes.^{4,6}

Existe una serie de factores que favorecen su aparición: diabetes mellitus, síndrome de Cushing, enfermedad de Hodgkin, VIH y uso de antibióticos de amplio espectro y de esteroides.⁴ En la biopsia se observa foliculitis. El ostium folicular está dilatado, con tapón de queratina, detritus celulares e infiltrado inflamatorio perifolicular monocítico y depósitos de mucina se observan alrededor del infundíbulo. Algunos folículos pueden ser quísticos y romperse. Así también se observan las levaduras de *Malassezia* en el folículo, pero son más densas en el ostium y canal piloso. Las tinciones de PAS y Gomori-Grocott ayudan a identificar las levaduras.⁴

Los antifúngicos tópicos generalmente son insuficientes para controlar la enfermedad, pero son muy importantes

como coadyuvantes en el tratamiento profiláctico.⁷ Los antibióticos orales deben evitarse y suspenderse, ya que pueden empeorar el cuadro al alterar la microbiota normal de la piel.⁴ Recientemente se ha introducido el uso de terapia fotodinámica en el tratamiento de la foliculitis recalcitrante por *Malassezia*.⁷

La variante granulomatosa de la DPO de la infancia, también conocida como 'erupción afrocaribeña de la infancia', se caracteriza por erupciones papulares, pequeñas, monomorfas, alrededor de la boca, nariz y ojos. Afecta prepúberes de ambos sexos.¹ Es poco frecuente, generalmente facial, benigna y autolimitada. Afecta menos lóbulos auriculares, cuello, región superior del tronco y región perivulvar.⁸ Rara vez se asocia a prurito o ardor. En algunos casos se ha asociado a blefaritis o conjuntivitis.² Su etiología es controversial, sin embargo se considera el uso de esteroides tópicos como el principal factor predisponente.⁹ Algunos autores consideran ambas patologías como parte del mismo espectro.⁹

La DPOG muestra un patrón granulomatoso perifolicular, no caseificante con células gigantes multinucleadas, también puede presentar hiperqueratosis, espongirosis, infiltrado linfocítico perifolicular y perivascular o hasta ruptura folicular con liberación del contenido.^{3,10}

Las opciones de tratamiento para la DPOG de la infancia incluyen metronidazol 0,75% asociado o no a antibióticos sistémicos, según la extensión y gravedad del cuadro; la eritromicina, es de elección en el tratamiento sistémico por la edad de estos pacientes en los cuadros de reciente aparición y con lesiones escasas y cuyo tratamiento tópico suele no ser suficiente; las tetraciclinas y derivados, al igual que otros antibióticos descritos, se reservarán para mayores de 12 años.⁸

CASO CLÍNICO 1

Paciente de sexo masculino de 12 años de edad, quien acude a la consulta externa por lesiones papulopustulares muy pruriginosas de localización perioral, de un mes de evolución, tratadas con calamina y crema de corticosteroides, las cuales mejoraron inicialmente pero al suspender el tratamiento recidivaron y se diseminaron al resto de la cara.

Examen físico

A la exploración física presentaba una dermatosis localizada en la cara de predominio centofacial y periorificial constituida por múltiples pápulas eritematosas y pústulas diminutas con base eritematosa; algunas confluyen en placas eritematodescamativas, de bordes irregulares mal definidos cubiertas por escamas finas, blancas y adherentes (Figura 1).

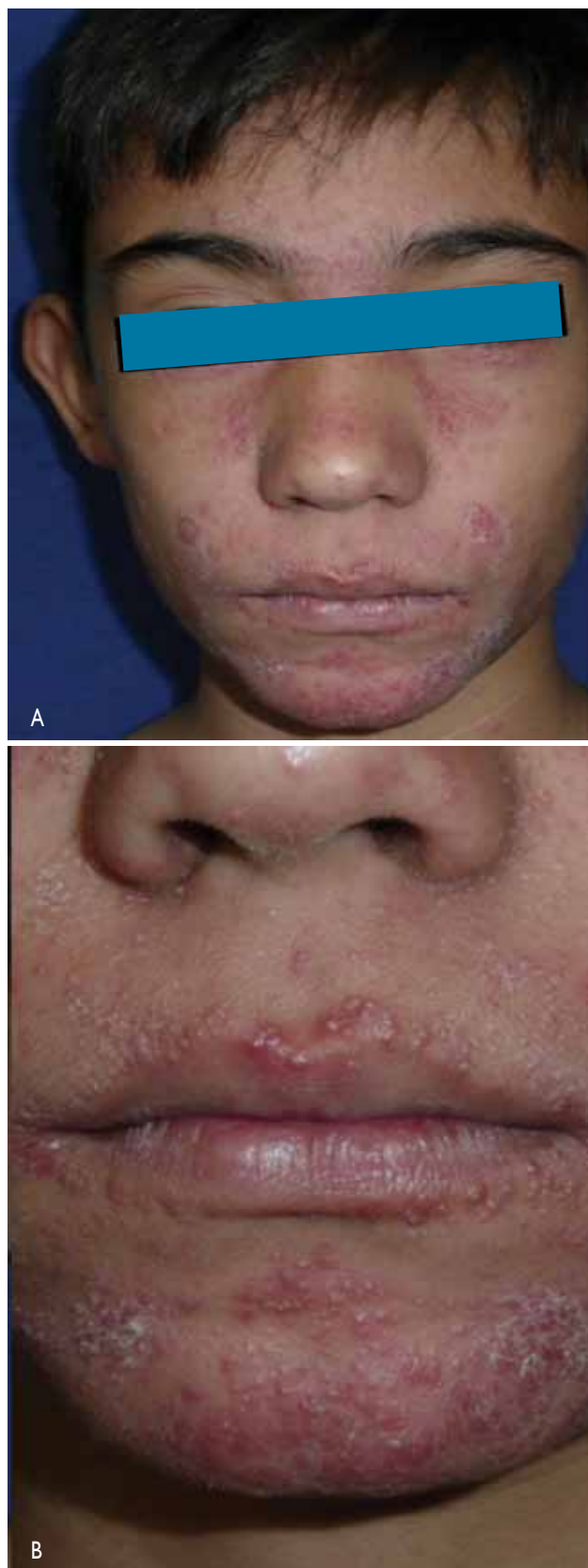


Figura 1. A) Pápulas eritematosas de predominio centrorfacial y periorifical. B) Detalle de las lesiones.

Tratamiento y evolución

Con el diagnóstico presuntivo de DPO, se inició tratamiento con crema de metronidazol al 1%, dos veces al día, y doxiciclina, 100 mg, vía oral, diario. Luego de dos meses de tratamiento el paciente persistía sin cambios, por lo que se decide realizar una biopsia con sacabocados y una biopsia superficial con cianoacrilato para descartar los diagnósticos de lupus miliar diseminado facial, rosácea granulomatosa y demodicidosis.

La histopatología mostró una epidermis sin alteraciones importantes y la presencia de un folículo piloso que en su interior contenía esporas redondas con cápsula de doble pared y neutrófilos; alrededor se observaba la presencia de un infiltrado inflamatorio compuesto por neutrófilos, linfocitos y algunos eosinófilos (Figura 2).

La biopsia superficial con cianoacrilato fue negativa para *Demodex*. Adicionalmente se realizó un frotis para Gram del contenido de las pústulas, el cual dejaba ver nuevamente las esporas.

Con diagnóstico de foliculitis por *Malassezia sp.*, se realizó una hematología completa y pruebas de función hepática, las cuales estaban dentro de los valores de referencia y se inició tratamiento con itraconazol, 200 mg, vía oral, diario, por 14 días (5 mg/kg), y ketoconazol, crema al 2%, dos veces al día. Se observó mejoría de las lesiones luego de la primera semana de tratamiento, con gran disminución de las escamas.

La resolución completa de las lesiones se obtuvo luego de dos meses, donde solo se observaba un leve eritema residual (Figura 3).

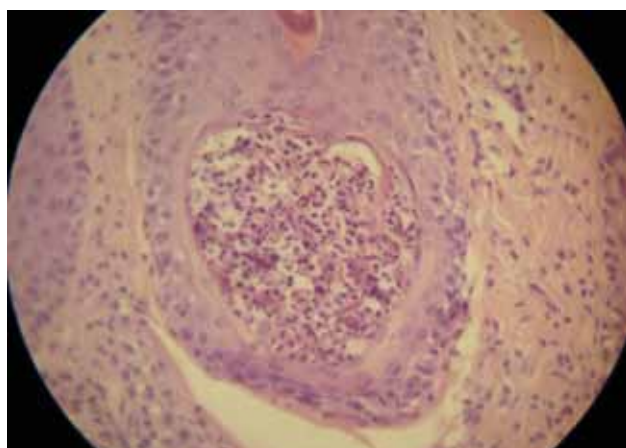


Figura 2. Folículo piloso que contiene esporas de doble pared y neutrófilos.



Figura 3. Resolución de las lesiones con eritema residual luego de dos meses de tratamiento.

CASO CLÍNICO 2

Paciente de sexo femenino de nueve años quien acude a la consulta con historia de dos meses de presentar pápulas asintomáticas alrededor de la boca para lo cual la madre aplicó crema de betametasona; con posterior empeoramiento de las lesiones, aumento de su número y con diseminación a la nariz y los párpados.

Examen físico

Se observó una dermatosis localizada en la cara, de predominio periorifical y que comprometía el borde del bermellón de los labios, y en la región anterior del cuello, constituida por múltiples pápulas eritematosas y pústulas que confluyen sin llegar a formar placas, algunas cubiertas por descamación fina (Figura 4).

Se pensó inicialmente en una DPO de la infancia versus una rosácea granulomatosa, lupus miliar diseminado facial o foliculitis por *Malassezia*, y se decidió realizar una biopsia con sacabocados.



Figura 4. A) Pápulas eritematosas periorificiales, B) Con diseminación al cuello.

Exámenes auxiliares

La histopatología mostró un granuloma que invadía el folículo piloso, compuesto por neutrófilos e histiocitos al centro, y alrededor células gigantes tipo Langhans y linfocitos (Figura 5). Se realizó frotis Gram y cultivo bacteriológico que fueron negativos.

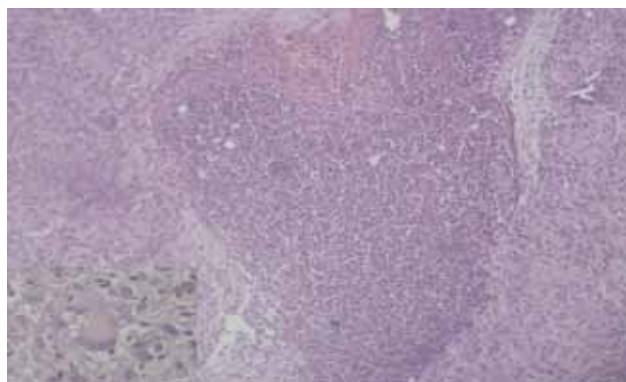


Figura 5. Granuloma que invade el folículo piloso, compuesto de neutrofilos, histiocitos y células gigantes tipo Langhans.

Tratamiento

Con el diagnóstico de DPOG de la infancia, se inició tratamiento con eritromicina oral, 40 mg/kg/d, y metronidazol, gel 1%, dos veces al día. Se observó una resolución casi completa luego de seis semanas de tratamiento (Figura 6).



Figura 6. Resolución casi completa de las lesiones luego de seis semanas de tratamiento.

DISCUSIÓN

Las erupciones papulares en la infancia son de difícil diagnóstico, entre ellas se incluyen la DPOG de la infancia, la rosácea granulomatosa, la DPO, el lupus miliar diseminado facial y la sarcoidosis.³ También las foliculitis infecciosas como la foliculitis por bacterias gramnegativas o en el caso 1, la foliculitis por *Malassezia sp.*

En algunas de estas, ciertos datos de la historia clínica o el examen físico pudieran orientarnos al diagnóstico. Tal es el caso del empeoramiento de las lesiones con la exposición solar, el consumo de bebidas alcohólicas o ciertos alimentos junto con la presencia de eritema y telangiectasias cuando se trata de una mujer adulta con rosácea granulomatosa; la ausencia de lesiones en el borde del bermellón en la DPO; y el uso previo de antibióticos en la foliculitis por bacterias gramnegativas.² Por otro lado, el lupus miliar diseminado facial no ha sido descrito en infantes.³

La foliculitis por *Malassezia sp.* puede llegar a ser un reto diagnóstico cuando no se presenta con las lesiones típicas en los lugares clásicamente descritos (espalda, tórax). Un frotis del contenido de las pústulas es un método fácil de realizar, rápido y poco costoso que permite ver las levaduras y aclararnos el diagnóstico. En las foliculitis por *Malassezia*, las levaduras están presentes en el ostium y en las partes superficial y profunda del folículo piloso.⁴ Antes se creía que la forma micelial era la única causante; sin embargo, se ha informado que la forma de levadura tiene la misma capacidad patogénica. *Malassezia* produce entonces foliculitis por oclusión folicular con posterior crecimiento, y es favorecida por factores externos y/o disminución de la inmunidad del hospedero.⁵ Es más frecuente en adolescentes y adultos jóvenes y de edad media⁶ y se postula que pueda deberse a un aumento en la actividad de las glándulas sebáceas propia de la edad, así como aumento en la densidad de los lípidos en la unidad pilosebácea que lleva a una mayor concentración del microorganismo.⁶ En nuestro caso, coincide con el inicio de la pubertad, cuando se empiezan a producir los cambios en la actividad de las glándulas sebáceas. Posiblemente, este factor endógeno junto con el uso de esteroides tópicos inicialmente hayan desencadenado el brote tan profuso que presentaba nuestro paciente.

El diagnóstico de foliculitis por *Malassezia* puede realizarse fácilmente, mediante la observación al microscopio del contenido de las papulopústulas, con una solución de KOH al 10%.⁶ Otros métodos diagnósticos incluyen el uso de blanco de calcoflúor y la tinción de Gram.⁵ En nuestro caso realizamos una tinción de Gram en la cual se observaron levaduras en gemación. Las alteraciones histológicas incluyen la dilatación del infundíbulo folicular que contiene

restos celulares y un infiltrado inflamatorio de linfocitos, histiocitos y neutrófilos. Las levaduras de *Malassezia* se observan en la parte central y profunda del folículo, y son más fáciles de observar con las coloraciones de PAS (ácido peryódico de Schiff) y metenamina de plata, aunque no son imprescindibles para realizar el diagnóstico. Alrededor del folículo se observa un infiltrado inflamatorio compuesto principalmente por monocitos, y en algunas ocasiones se puede ver ruptura de la unidad folicular.⁴ En nuestro paciente el diagnóstico fue realizado por biopsia, puesto que se trataba de descartar inicialmente otra enfermedad. También se describe que el estudio histopatológico debe reservarse para las lesiones que se encuentran en localizaciones inusuales.⁴ El tratamiento incluye el uso de antifúngicos tópicos y orales. Los antifúngicos generalmente son insuficientes para controlar la enfermedad pero son muy importantes como coadyuvantes y en el tratamiento profiláctico.⁷ Los antibióticos orales deben evitarse y suspenderse, ya que pueden empeorar y alterar la microbiota normal de la piel.⁴ Recientemente se ha introducido el uso de terapia fotodinámica en el tratamiento de la foliculitis recalcitrantes por *Malassezia*.⁸ Se usó en nuestro paciente itraconazol, vía oral, y se obtuvo resultados satisfactorios. El primer caso fue diagnosticado clínicamente como una DPO y se instauró tratamiento con doxiciclina, vía oral.

La DPOG de la infancia, fue descrita por primera vez en 1970 por Gianotti como una erupción acneiforme.⁸ En 1989, Frieden la cataloga como una forma de DPO con características propias; y por su predominio en raza negra, Williams la llamó, en 1990, erupción afrocaribeña de la infancia. En 1996 Knautz propone el término 'DPOG de la infancia', no aceptada universalmente por ser considerarla por algunos una variante granulomatosa de la DPO y por estar siempre los granulomas en la histopatología.⁸ Incluso, se ha llegado a postular que se trata de una forma de lupus miliar diseminado facial en niños. Todas las anteriores descripciones epidemiológicas han llevado a una gran controversia en cuanto a su nomenclatura. De ahí que encontraremos descripciones en la literatura con nomenclatura muy variada como puede ser: 'dermatitis perioral tipo Gianotti', 'dermatitis granulomatosa parecida a la sarcoidosis', 'dermatitis perioral granulomatosa de la infancia y 'DPOG de la infancia'.⁹⁻¹²

Se trata de una erupción papular monomorfa que predomina en prepúberes y afecta las regiones periorificiales de la cara pero que también puede comprometer otras regiones del cuerpo. Su etiología es desconocida pero la mayoría de las descripciones la relacionan al uso de esteroides tópicos por largo tiempo.^{8,9-13} Nuestro caso es una paciente femenina prepúber con historia previa de uso de esteroides tópicos.

Su madre refiere que mejoró inicialmente pero que al suspenderlos recidivó con mayor número de lesiones y afecta las áreas periorbitarias y perinasales. Esto nos hace pensar en su posible relación con la DPO debido al curso clínico que presentó.

La histopatología semeja un rosácea granulomatosa; y más característicamente se observan granulomas perifoliculares no caseificantes y células gigantes multinucleadas, aunque también puede presentar hiperqueratosis, espongirosis, infiltrado linfocítico perifolicular y perivasculatura o hasta ruptura folicular.^{3,13} En nuestro caso se observó un granuloma supurativo que comprometía el folículo piloso y presencia de células gigantes multinucleadas en la periferia.

El diagnóstico generalmente requiere de la correlación clínica e histopatológica. Debe diferenciarse de rosácea o rosácea granulomatosa, sarcoidosis, lupus miliar diseminado facial, DPO, dermatitis por contacto, eccema atópico, candidiasis, entre otros.²

La sarcoidosis en niños es rara y casi siempre está asociada con involucro sistémico y síntomas tales como fatiga, pérdida de peso, tos, artritis, linfadenopatía y uveítis.¹

Se puede diferenciar la DPOG de la rosácea granulomatosa o del acné rosáceo por la ausencia de eritema facial, telangiectasias, y por su curso generalmente autolimitado y regresión espontánea.¹

El lupus miliar diseminado facial se caracteriza por presentar pápulas distribuidas en el área centro facial, usualmente involucra párpados inferiores, y ocurre comúnmente en adolescentes y adultos de ambos sexos. Muestra características histopatológicas similares a la rosácea granulomatosa, sin embargo sus hallazgos característicos son la presencia de granulomas de células epitelioides con necrosis caseosa central.¹

El tratamiento de primera línea incluye el uso de metronidazol tópico y antibióticos vía oral como tetraciclina, doxiciclina y minociclina. En casos de pacientes menores de ocho años, se usa eritromicina, vía oral.^{12,13} Otra opción terapéutica descrita recientemente con muy buenos resultados es el tacrolimus.¹⁴ En nuestro caso, por la edad de la paciente, se usó eritromicina oral junto con metronidazol tópico obteniéndose muy buena respuesta.

El diagnóstico, etiología y manejo de algunas afecciones periorificiales en niños resulta en ocasiones un verdadero reto. Hemos presentado dos casos que muestran características clínicas muy similares y en los que la correlación clínico patológica fue crucial para el adecuado manejo de ambos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Misago N, Nakafusa J, Narisawa Y. Childhood granulomatous periorificial dermatitis: lupus miliaris disseminatus faciei in children? *J Eur Acad Dermatol.* 2005;19:470-473.
- Chamlin S, Lawley L. Dermatitis perioral. En: Wolff K, Goldsmith L, Katz S, Gilchrist B, Paller A, Leffell, editores. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine.* Vol.1. 7.ª edición. McGraw-Hill; 2008. p. 709-712.
- Ioffreda M. Inflammatory diseases of hair follicles, sweat glands, and cartilage. En: Elder D (editor). *Lever's Histopathology of the skin.* 9ª edición. Lippincott Williams & Wilkins; 2005. p. 469-512.
- Bower SM, Elston DM, Hogan D, Mason SH, Saurat JH, Wells M, et al. *Malassezia* (Pityrosporum) folliculitis. Medscape Reference (online database), (US), actualizado el 21 diciembre, 2009; Disponible en: <http://emedicine.medscape.com/article/1091037-overview>
- Giusiano G. Malassezia. Estado del conocimiento y perspectivas en su estudio. *Rev Arg Microbiol.* 2006;38:41-48.
- Ayers K, Sweeney S, Wiss K. Pityrosporum folliculitis. Diagnosis and management in 6 female adolescents with acne vulgaris. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2005;159:64-67.
- Jin Y, Kim D. Topical photodynamic therapy with methyl aminolevulinate may be an alternative therapeutic option for the recalcitrant Malassezia folliculitis. *Int J Dermatol.* 2011;50:488-490.
- Diez de Medina J, Sangueza M. Dermatitis granulomatosa periorificial de la infancia con compromiso vulvar. *Dermatol Venez.* 2007;45(2).
- Zaloudek I, Di Stefani A, Ferrara G, Argenziano G. Childhood granulomatous periorificial dermatitis: a controversial disease. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2005;3(4):252-5.
- Knautz M, Leshner J. Childhood granulomatous periorificial dermatitis. *Pediatr Dermatol.* 1996;2:131-134.
- Tarm K, Creel N, Krivda S, Turiansky G. Granulomatous periorificial dermatitis. *Cutis.* 2004;6:399-402.
- Falk E. Sarcoid-like granulomatous periocular dermatitis treated with tetracycline. *Acta Derm Venereol.* 1985;3:270-272.
- Choi YL, Lee KJ, Cho HJ, Kim WS, Lee JH, Jang JM, et al. Case of childhood granulomatous periorificial dermatitis in a Korean boy treated by oral erythromycin. *J Dermatol.* 2006;33:806-808.
- 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: Dra. Diana Tejada.

Fecha de recepción: 10 de setiembre de 2012.

Fecha de aceptación: 15 de setiembre de 2012.