

# Dermatitis perioral: a propósito de un caso

---

I. Galé Ansó<sup>(1)</sup>, Y. Gilaberte<sup>(2)</sup>, M. Ortilles García<sup>(1)</sup>, M.T. Solans Bascuas<sup>(1)</sup>

---

<sup>(1)</sup> Centro de Salud de Utebo, Zaragoza. <sup>(2)</sup> Hospital Miguel Servet, IIS Aragón, Zaragoza

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor, 2021; 51: 98-100]

## RESUMEN

La dermatitis perioral o periorifical es una dermatosis granulomatosa caracterizada por múltiples pápulas eritematosas alrededor de la boca, la nariz o los ojos. Su etiología es desconocida, si bien se relaciona con el uso de corticoides e irritantes tópicos. Se describe una dermatitis facial de larga evolución en una niña de 9 años, con escasa respuesta a la retirada del corticoide tópico y el tratamiento con pimecrólimus tópico y antihistamínico oral. La adición de metronidazol 2% gel y eritromicina oral durante cuatro semanas logró la curación. La dermatitis perioral es un reto diagnóstico en pediatría; su identificación precoz, detener la aplicación del corticoide tópico y administrar el tratamiento tópico u oral adecuado son fundamentales en su manejo.

## PALABRAS CLAVE

Dermatitis perioral, niños, dermatitis.

## *Perioral dermatitis. A case report*

### ABSTRACT

*Perioral dermatitis, also known as periorifical dermatitis, is a skin disorder that usually presents with small, clustered papules around the mouth, nose or eyes. The pathogenesis is poorly understood. Intrinsic and extrinsic factors may contribute to this disorder, like irritant and topical corticosteroids.*

*We describe a long-standing facial dermatitis in a 9-year-old girl, with poor response to withdrawal of topical corticosteroid and treatment with topical pimecrolimus and oral antihistamine.*

*The addition of 2% metronidazole gel and oral erythromycin for 4 weeks achieved healing. Perioral dermatitis is a diagnostic challenge in pediatrics. Early identification, topical corticosteroid application interruption and administration of the appropriate topical or oral treatment are fundamental in its management.*

### KEYWORDS

*Perioral dermatitis, children, dermatitis.*

---

**Correspondencia:** Inés Galé Ansó  
Eduardo S. Hernaz, 17, 1.º A. 50008 Zaragoza  
irgale@salud.aragon.es  
Recibido: septiembre de 2020. Aceptado: noviembre de 2020

---

La dermatitis perioral (DP), también conocida como dermatitis periorifacial, es una dermatosis granulomatosa que se manifiesta como múltiples pápulas eritematosas, pequeñas, agrupadas alrededor de la boca, la nariz o los ojos.

Presentamos el caso de una niña de 9 años con antecedentes personales de dermatitis atópica desde los 3 meses de edad, que sufría brotes generalizados ocasionales y lesiones frecuentes en pliegues controladas con pimecrolimus. Además, padecía múltiples alergias alimentarias (huevo, kiwi, plátano) y a neuroalérgenos y, como antecedente familiar, una madre asmática.

Tras revisar la historia clínica de forma retrospectiva, se objetiva que a los 7 años se registró el primer brote de dermatitis con afección de la zona peribucal. Tras dos años en tratamiento de forma intermitente con emolientes, corticoides tópicos y orales, antihistamínicos y pimecrolimus crema, presenta mejoría parcial de sus lesiones, sin llegar nunca a la resolución completa. A los 9 años se decide suspender todos los tratamientos manifestándose, a los 12 días, una exacerbación de las lesiones perioculares, peribucales y perinasales en forma de múltiples pápulas eritematosas de escasos milímetros (fig. 1). Con el diagnóstico de dermatitis periorifacial grave se inició tratamiento con eritromicina oral (500 mg/12 horas) y pimecrolimus (dos aplicaciones diarias

en capa fina). Dicho tratamiento se mantiene durante cinco semanas. En ese momento se observa clara mejoría, sobre todo en la zona perinasal y peribucal, persistiendo pápulas perioculares (fig. 2). Se decide entonces retirar la Eritromicina oral y se inicia tratamiento con metronidazol 0,75% gel (1 aplicación/24 horas), manteniendo una aplicación al día de pimecrolimus, con lo que desaparecieron lentamente la totalidad de las lesiones.

La dermatitis perioral fue descrita por primera vez en 1957 como «dermatitis seborreica fotosensible»<sup>(1)</sup>. En 1964 se prefiere el término «dermatitis perioral» para referirse a esta entidad<sup>(2)</sup>.

La mayoría de los pacientes afectados por esta dermatitis son mujeres entre 16 y 45 años aunque también puede aparecer en personas mayores, varones y niños<sup>(3)</sup>. Cuando afecta a niños, la edad media de presentación son los 6,6 años, como ocurre en nuestro caso, y las niñas están afectadas con más frecuencia que los niños<sup>(4)</sup>.

Se ha descrito que la atopia y otras alteraciones de la barrera cutánea son frecuentes en pacientes con DP, aunque el papel que desempeñan en la aparición de dicha patología no está claramente establecido<sup>(5)</sup>.

El uso de corticoides tópicos se asocia frecuentemente con la DP, siendo la historia clásica la aparición de una



Figura 1. Dermatitis periorifacial sin tratamiento.



Figura 1. Dermatitis tras cinco semanas de tratamiento.

erupción papular facial y ligeramente ecematososa, que al principio mejora con corticoides tópicos, pero que recurre o empeora con el uso continuo de estos o al intentar suspender el tratamiento<sup>(6)</sup>. Se desconoce si los corticoides tópicos inducen la DP durante el tratamiento de otras dermatitis faciales o si simplemente pueden exacerbar la DP existente previamente. Pese a esta incertidumbre parece haber relación entre la DP y el uso de corticoides tópicos, especialmente con corticoides de alta potencia.

Habitualmente se presenta como múltiples pápulas eritematosas de 1-2 mm, pápulas-vesículas o papulopústulas con o sin mínima descamación, aunque en ocasiones puede tener un componente ecematoso muy pronunciado. La localización más frecuente es la perioral, por lo general respetando una zona estrecha alrededor del borde bermellón del labio<sup>(7)</sup>. La zona perinasal y periocular se afecta con menos frecuencia. También pueden verse afectados el cuello, las mejillas, la frente, el mentón o incluso áreas extrafaciales<sup>(8)</sup>. Puede ser asintomática, pruriginosa y/o con sensación de quemazón en las áreas afectadas. Normalmente es una enfermedad autolimitada y las lesiones se resuelven sin dejar cicatriz, aunque en ocasiones puede durar meses o incluso años.

El diagnóstico es habitualmente clínico y no precisa de pruebas complementarias. La histología es inespecífica y se presentan infiltrados linfocitarios que forman granulomas alrededor de los folículos pilosebáceos. El diagnóstico diferencial en los niños debe hacerse con la dermatitis seborreica, la dermatitis de contacto, la demodicosis, el acné y la sarcoidosis<sup>(9)</sup>.

El tratamiento se basa en la retirada de los corticoides tópicos u otros irritantes que pueden perpetuar o exacerbar la DP, como hicimos con nuestra paciente. Posteriormente, si el cuadro es leve, el tratamiento de elección es con inhibidores de la calcineurina tópicos, fármacos sobre cuya eficacia en esta entidad existe mayor evidencia<sup>(10)</sup>. Otras opciones más económicas son los antibióticos tópicos, como el metronidazol o la eritromicina tópicos. En

los casos más extensos o refractarios al tratamiento tópico se aconsejan las tetraciclinas, sobre todo doxiciclina y minociclina. En niños menores de 8 años se debería utilizar eritromicina oral, siendo la azitromicina una alternativa eficaz<sup>(8)</sup>.

En conclusión, la DP es poco habitual en niños, del mismo modo que su agravamiento por los corticoides tópicos. Su reconocimiento y tratamiento precoz evitan las formas graves y extensas, como la que sufrió nuestra paciente, que requirió, además del tratamiento tópico, el uso prolongado de eritromicina oral.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Frumess GM, Lewis HM. Light sensitive seborrhoeide. Arch Dermatol. 1957; 75: 245.
2. Mihan R, Ayres Jr. Perioral dermatitis. Arch Dermatol. 1964; 89: 803.
3. Lipozencic J, Ljubojevic S. Perioral dermatitis. Clin Dermatol. 2011; 29: 157.
4. Goel NS, Burkhart CN, Morrell DS. Pediatric periorificial dermatitis: clinical course and treatment outcomes in 222 patients. Pediatr Dermatol. 2015; 32: 333.
5. Dirschka T, Tronnier H, Fölster-Holst R. Epithelial barrier function and atopic diathesis in rosacea and perioral dermatitis. BR J dermatol 2004; 150: 1136.
6. Hall CS, Reichenberg J. Evidence based review of perioral dermatitis therapy. G Ital Dermatol Venereol. 2010; 145: 433.
7. Hafeez ZH. Perioral dermatitis: an update. Int J Dermatol. 2003; 42: 514.
8. Milagre ACX et al. Granulomatous perioral dermatitis with extrafacial involvement in childhood: good therapeutic response with oral azithromycin. Rev Paul Pediatr. 2018; 36: 511-14.
9. Larralde M, et al. Eccrine angiomatous hamartoma: report of five congenital cases. Dermatol Argent. 2009; 15: 26771.
10. Ollech A, et al. Topical calcineurin inhibitors for pediatric periorificial dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2020; 82: 1409-14.