

## Manejo de la dermatitis perioral: reporte de un caso

### *Management of perioral dermatitis: a case report*

Abner Baquedano-Ordoñez<sup>1a</sup>, Olman Gradis-Santos<sup>2b</sup>, Katia Aguilar-Gutiérrez<sup>1c</sup>

#### RESUMEN

La dermatitis perioral es una dermatosis inflamatoria de evolución crónica que se caracteriza por presentar múltiples pápulas y pústulas en una distribución periorifical, predominantemente alrededor de la boca. Principalmente afecta a mujeres de 15 a 45 años. Puede estar relacionada con el uso de esteroides tópicos, aunque también se han visto implicados otros factores en su patogenia. Se describe el caso de una dermatitis facial de larga evolución, en una mujer joven de 38 años, con escasa respuesta a la isotretinoína, asimismo, al uso indiscriminado y automedicado de cremas combinadas y esteroides tópicos; se brindó manejo con ácido azelaico, metronidazol tópico y minociclina oral, obteniendo una mejoría significativa de su condición. La dermatitis perioral representa un reto diagnóstico para el médico tratante, en general, tiene buen pronóstico, pero la identificación precoz y el manejo oportuno es la clave en la evolución de esta enfermedad.

**Palabras clave:** Dermatitis perioral, dermatitis, tratamiento farmacológico, esteroides (Fuente: DECS-BIREME)

#### ABSTRACT

Perioral dermatitis is a chronic inflammatory dermatosis characterized by multiple papules and pustules in a periorifical distribution, predominantly around the mouth. It mainly affects women aged 15 to 45 years. It may be related to the use of topical steroids, although other factors have also been implicated in its pathogenesis. We describe the case of a long-standing facial dermatitis in a young 38-year-old woman with poor response to isotretinoin, as well as to the indiscriminate and self-medicated use of combined creams and topical steroids; she was managed with azelaic acid, topical metronidazole and oral minocycline, obtaining a significant improvement of her condition. Perioral dermatitis represents a diagnostic challenge for the treating physician, in general, it has a good prognosis, but early identification and timely management is the key in the evolution of this disease.

**Keywords:** Perioral dermatitis, dermatitis, drug therapy, steroids (Source: NLM-MeSH)

1. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.
2. Universidad Católica de Honduras. Tegucigalpa, Honduras.
  - a. Médico Interno de Pregrado.
  - b. Médico en Servicio Social.
  - c. Médico Especialista en Dermatología.

Recibido: 22/10/2022    Aprobado: 10/12/2022

#### Citar como:

Baquedano-Ordoñez A, Gradis-Santos O, Aguilar-Gutiérrez K. Manejo de la dermatitis perioral: reporte de un caso. *Rev Hisp Cienc Salud.* 2022; 8(4):148-152.

DOI <https://doi.org/10.56239/rhcs.2022.84.580>

## INTRODUCCIÓN

La dermatitis perioral (DP) es una erupción acneiforme común, que generalmente ocurre alrededor de la boca<sup>1,2</sup>. También conocida como dermatitis papulopustulosa (forma crónica), dermatitis similar a la rosácea, dermatitis periorificial o dermatitis de azafata<sup>3</sup>. Descrita por primera vez en 1957 por Frumess y Lewis bajo el término “seborrides fotosensible”<sup>4,5</sup>.

Posteriormente, en 1963, Kaufman la describió como dermatitis facial de causa desconocida; finalmente en 1965 Miran y Ayres la describieron con el nombre actual<sup>6</sup>. La afección se ha descrito más en mujeres jóvenes, aunque la presentación en la infancia no es rara<sup>2</sup>. Muchos autores consideran la DP una variante juvenil de la rosácea, debido a la similitud en los hallazgos histopatológicos<sup>6</sup>. Se desconoce su etiología, pero hay una fuerte asociación con el uso de corticoides tópicos, inhalados y sistémicos<sup>7,8</sup>.

Presentamos un caso de dermatitis perioral como consecuencia del uso indiscriminado y prolongado de cremas combinadas y esteroides tópicos, además de una inadecuada valoración y manejo previo, lo cual resulta un reto diagnóstico y terapéutico para el médico tratante.

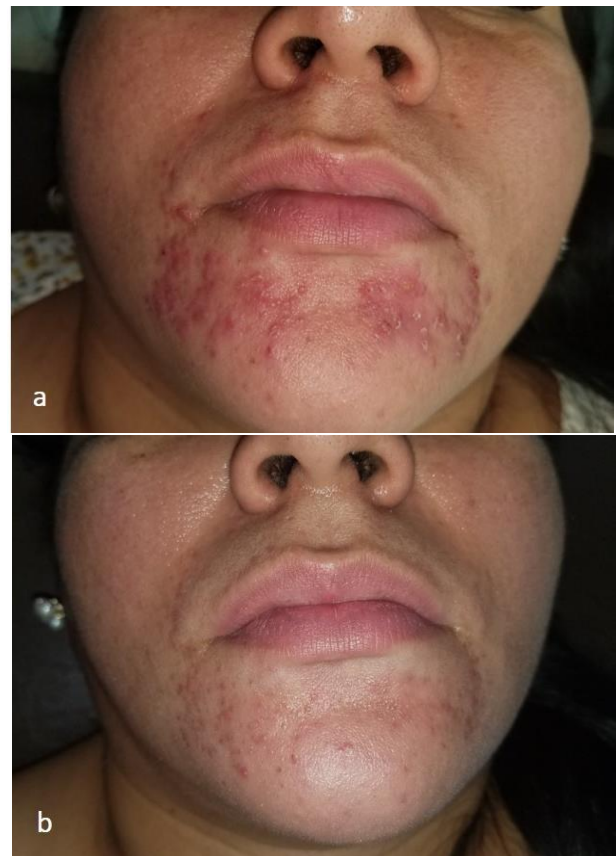
## REPORTE DE CASO

Paciente femenina de 38 años, con antecedentes de síndrome de ovario poliquístico (SOP) manejado con metformina 500mg V.O. cada día, quien acude a consulta dermatológica, por dermatosis de 4 años de evolución, localizado en cara (área perioral); caracterizado por múltiples pápulas periorales con base eritematosa, algunas excoriadas (Figura 1a) acompañada de prurito ocasional, refiere haber sido manejada con isotretinoína 20mg oral durante 3 meses por diagnóstico de acné inflamatorio, abandonando el

tratamiento por efectos secundarios y no presentar mejoría, afirma automedicación con diferentes cremas tópicas entre ellas de triple acción (clotrimazol 1%, neomicina 0.5% y betametasona 0.04%) y betametasona 0.05% por largo periodo de tiempo, sin mejoría alguna.

Se maneja como dermatitis perioral, indicando jabón neutro al lavarse el rostro 2 veces día, ácido azelaico aplicado por las mañanas, filtro solar 2 veces al día, metronidazol en gel 0.75% por las noches y minociclina 100mg V.O. cada día por 30 días. En la evolución 2 meses después, se observa mejoría significativa de su condición, presentando máculas hiperpigmentadas residuales, sin nuevas lesiones (Figura 1b).

**Figura 1 a y b. Dermatitis perioral. a.** Múltiples pápulas periorales con base eritematosa, algunas excoriadas. **b.** Máculas hiperpigmentadas residuales, 2 meses después del inicio del tratamiento, sin nuevas lesiones.



## DISCUSIÓN

La dermatitis perioral es una dermatosis de curso subagudo o crónico<sup>4</sup>. Las personas de piel clara se ven principalmente afectadas; predominantemente mujeres de 15 a 45 años<sup>4</sup>, con un pico de incidencia en la segunda y tercera década de la vida<sup>5,9-10</sup>. Coincidiendo con el rango de edad al que pertenece la paciente.

En una gran parte de los pacientes con dermatitis perioral existe un antecedente evidente de uso previo de corticoides tópicos<sup>4</sup>. Antecedente principal al que se le atribuye la etiología, cabe resaltar, que la paciente se automedicó y administró de manera indiscriminada por tiempo prolongado.

Algunos autores sugieren que la dermatitis perioral es el resultado de la intolerancia de la piel del rostro a la irritación repetitiva. Se cree que el principal factor patógeno es la alteración de la función de barrera de la piel. Además, la mayoría de los pacientes tienen diátesis atópica. Aunque la etiopatogenia exacta de la dermatitis perioral aún no se ha explicado por completo, se han propuesto varios factores etiopatogénicos. Corticosteroides tópicos; el nivel de absorción de los corticosteroides tópicos depende de la potencia de los corticosteroides, el área del cuerpo (la cara y el cuello absorben una mayor cantidad de corticosteroides) y la duración de la administración<sup>4</sup>.

Los corticosteroides inhalados también se han implicado como factor causal<sup>1</sup>, y solo se han informado algunos casos de dermatitis periorifical debido a esteroides sistémicos en adultos<sup>2</sup>. También irritantes de la piel; el uso excesivo de cremas humectantes, especialmente las que son a base de vaselina o parafina, puede causar oclusión e irritación folicular<sup>4,10</sup>. Así como el mercurio de las amalgamas, pasta de dientes fluoradas<sup>6,11,12</sup>.

Observando en estos factores como la barrera epitelial se vuelve disfuncional, lo que lleva a edema del estrato córneo y mayor pérdida de agua transepidérmica, Factores físicos; la luz solar y la exposición a la radiación ultravioleta podrían ser un posible cofactor en el desarrollo de la dermatitis perioral. Factores hormonales; dado que la mayoría de las personas que padecen dermatitis perioral son mujeres, los cambios hormonales y el uso de anticonceptivos orales se consideran los posibles factores etiológicos<sup>4</sup>.

En el caso descrito, la paciente ya contaba con el diagnóstico previo de síndrome de ovario poliquístico, el cual está directamente relacionado con la presencia de alteraciones hormonales. Factores microbiológicos; aunque todavía no se ha demostrado definitivamente la relación entre los factores microbiológicos y la dermatitis perioral, se han dado casos en los que cierta especie, como *Candida albicans*, bacterias fusiformes y *Demodex folliculorum* fueron aislados de lesiones cutáneas<sup>4,11</sup>.

La dermatitis perioral generalmente se presenta con numerosas pápulas pequeñas, de color rojo a marrón rojizo, papulovesículas y rara vez papulopústulas, de 1 a 2 milímetros de diámetro. Las lesiones se sitúan sobre una base eritematosa bien delimitada y aparecen mayoritariamente en la región perioral, con una zona respetada característica alrededor del borde de los labios<sup>4</sup>. Coincidiendo con la clínica que presenta la paciente. Las lesiones cutáneas a menudo se agrupan y pueden fusionarse y afectar áreas más grandes, apareciendo en los pliegues nasolabiales y los párpados inferiores.

Las áreas más amplias de la cara, como la glabella, los párpados superiores y la frente, rara vez se ven afectadas. La piel eritematosa difusa muestra signos de discreta descamación, mientras que la piel circundante suele estar seca, lo que provoca

sensación de tirantez, ligero ardor y dolor en las zonas afectadas. Infección bacteriana secundaria de las lesiones cutáneas o infestación por ácaros del género *Demódex* también es posible en pacientes con dermatitis perioral crónica<sup>4</sup>.

El diagnóstico es casi puramente clínico<sup>1,3,5</sup>. Las pruebas de laboratorio no son útiles<sup>13</sup>. 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<sup>6,7,11</sup>. En estos casos, se tiene que tomar en cuenta que la realización de una biopsia en cara, tiene relevancia en cuanto a la estética; se debe de hacer en casos que amerite, como presentaciones atípicas de la enfermedad o falla terapéutica ante el tratamiento, ya que el paciente podría sufrir de una cicatriz muy evidente posterior al procedimiento.

El diagnóstico diferencial incluye rosácea, acné vulgar, dermatitis seborreica, dermatitis alérgica de contacto, queilitis irritante, sarcoidosis y angiofibromas<sup>1,9,13</sup>.

La elección del tratamiento depende de la gravedad de la enfermedad y del cumplimiento del paciente<sup>11</sup>. Las formas leves de dermatitis perioral se pueden tratar con éxito con agentes tópicos, mientras que las formas moderadas a graves de la enfermedad requieren terapia sistémica<sup>4</sup>. En cuanto a la terapia tópica; varios medicamentos se han utilizado con éxito, pero ninguno ha demostrado ser superior a los demás. Entre los agentes tópicos, el metronidazol se usa comúnmente, este es un derivado sintético del nitroimidazol con propiedades antimicrobianas, antiinflamatorias y antioxidantes<sup>4</sup>.

Otros agentes tópicos que se incluyen son eritromicina tópica, ácido azelaico, adapaleno e inhibidores de la calcineurina<sup>6,8,12</sup>. La terapia sistémica es el tratamiento de elección en casos severos de dermatitis perioral. Las tetraciclinas orales son el manejo de primera línea en estos casos<sup>4,10</sup>, indicándose entre 8 hasta 12 semanas<sup>6</sup>, excepto en niños menores de 8 años, mujeres embarazadas y en casos de hipersensibilidad.

En esta indicación, el efecto terapéutico de las tetraciclinas radica en su actividad antiinflamatoria, incluida la inhibición de la producción de óxido nítrico, la regulación a la baja de la expresión de la metaloproteína de matriz, la inhibición de la actividad de la serina proteasa y la reducción de la actividad de las especies reactivas del oxígeno<sup>4</sup>. Los macrólidos orales son una opción terapéutica en los casos en que las tetraciclinas están contraindicadas. El macrólido de elección es la eritromicina<sup>1,4</sup>. La isotretinoína se usa en casos de dermatitis perioral que han sido refractarios a cualquier otra opción terapéutica<sup>1,11</sup>.

En nuestro caso, se utilizó metronidazol y ácido azelaico como terapia tópica en combinación con minociclina como terapia sistémica. El pronóstico es bueno, el tiempo de la enfermedad se ha descrito de meses hasta 10 años y algunos autores refieren alivio espontáneo<sup>5</sup>.

Finalmente, este caso destaca la importancia del diagnóstico temprano de la dermatitis perioral, el cual es esencialmente clínico, tomando en cuenta siempre que su abordaje terapéutico debe ser individualizado, dependiendo de la severidad de la presentación clínica y edad del paciente, con especial atención en su educación sobre la automedicación y el uso indiscriminado de esteroides tópicos sin prescripción médica.

## Conflictos de interés

Los autores niegan tener conflictos de interés

## Financiamiento

Autofinanciado

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peralta L, Morais P. Perioral dermatitis -- the role of nasal steroids. *Cutan Ocul Toxicol*. 2012; 31(2):160-163.
2. Clementson B, Smidt AC. Periorificial dermatitis due to systemic corticosteroids in children: report of two cases. *Pediatr Dermatol*. 2012; 29(3):331-332.
3. Chiriac A, Diaconeasa A, Podoleanu C, Stolnicu S. Childhood Perioral Dermatitis — Challenging Treatment. *Journal of Interdisciplinary Medicine*. 2018;3(1):50-53.
4. Mokos ZB, Kummer A, Mosler EL, Čeović R, Basta-Juzbašić A. Perioral dermatitis: still a therapeutic challenge. *Acta Clin Croat*. 2015;54(2):179-185.
5. González-González M, Domínguez-Ugalde M, Pérez-Luna M. Dermatitis perioral granulomatosa. *Dermatol Rev Mex*. 2019;63(6):592-595.
6. Gomar B. Dermatitis periorificial: Presentación de un caso. *Pediátr Panamá*. 2018;47(3):21-23.
7. Tejada, D., Martínez, E., Ulban, M., & Arenas, R.V. Dermatitis perioral en la infancia: presentación de dos casos e importancia de la correlación clínico patológica. *Dermatol PERU*. 2012;22(3):169-175.
8. Balić A, Vlašić D, Mokos M, Marinović B. The Role of the Skin Barrier in Periorificial Dermatitis. *Acta Dermatovenerol Croat*. 2019;27(3):169-179.
9. Schreiber, S. A novel regimen for perioral dermatitis by photodynamic therapy. *JPP*. 2016; 4(10):559-563.
10. Tempark T, Shwayder TA. Perioral dermatitis: a review of the condition with special attention to treatment options. *Am J Clin Dermatol*. 2014; 15(2):101-113.
11. Rademaker M. Perioral dermatitis. En: Hoeger P, Kinsler V, Yan A, Harper J, Oranje A, Bodemer C, et al., editores. *Harper's Textbook of Pediatric Dermatology*: 4.a ed. Wiley; 2019.338-342.
12. Tolaymat L, Hall MR. Perioral dermatitis. En: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022.
13. Kellen R, Silverberg NB. Pediatric periorificial dermatitis. *Cutis*. 2017; 100(6):385-388.

### Correspondencia:

Abner Baquedano

Email: [abnerbaquedano@yahoo.es](mailto:abnerbaquedano@yahoo.es)

