

Dermatitis perioral granulomatosa infantil

Leticia Calzado, Carmen M.^a Galera, Itziar Arrue, José L. Rodríguez-Peralto, Aurora Guerra y Francisco Vanaclocha

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid. España.

Resumen.—La dermatitis perioral granulomatosa infantil es una variante clinicopatológica de la dermatitis perioral clásica, de la que se han referido menos de 100 casos, la mayoría en pacientes pediátricos de raza negra. Se caracteriza por la presencia de granulomas tuberculoideos sin necrosis central de localización perifolicular o para-folicular en el estudio histológico. Generalmente se trata de un proceso autoinvolutivo, con escasa respuesta a los tratamientos convencionales. Se presenta el caso de una niña de 7 años, de raza blanca, con lesiones peribucales, perinasales y oculares asintomáticas de varios meses de evolución. La anatomía patológica de una de estas lesiones revelaba la presencia de granulomas tuberculoideos para-foliculares. El curso fue oscilante, con remisiones parciales y empeoramientos espontáneos sin aparente relación con el tratamiento.

Palabras clave: dermatitis perioral, granulomas.

CHILDHOOD GRANULOMATOUS PERIORAL DERMATITIS

Abstract.—Childhood granulomatous perioral dermatitis is a clinical-pathological variant of classic perioral dermatitis, with fewer than 100 reported cases, most in black pediatric patients. In the histological study, it is characterized by the presence of perifollicular or para-follicular tuberculoid granulomas with no central necrosis. It is generally a self-involutive process, with little response to conventional treatments. We present the case of a 7-year-old Caucasian girl with asymptomatic peribucaal, perinasal and periocular lesions which had been developing for several months. The pathology of one of these lesions revealed the presence of para-follicular tuberculoid granulomas. The disease course was fluctuating, with partial remissions and spontaneous worsening with no apparent relationship to the treatment.

Key words: perioral dermatitis, granulomas.

INTRODUCCIÓN

La dermatitis perioral, entidad que por lo general es diagnosticada en mujeres jóvenes de entre 25 y 35 años, afecta de forma excepcional a niños¹. Sus características clínicas en este grupo de edad concuerdan prácticamente con la forma del adulto. Existe una variante clinicohistológica de esta enfermedad denominada dermatitis granulomatosa perioral, caracterizada por la presencia de granulomas tuberculoideos no necrotizantes localizados en dermis y por una clínica más monomorfa^{2,5,7,9,11-13}.

A continuación se describe el caso de una niña con sintomatología de dermatitis perioral, cuyo estudio histológico puso de manifiesto la presencia de granulomas.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Una niña de 7 años, de raza blanca, presentaba lesiones peribucales asintomáticas de 5 meses de

evolución, de curso fluctuante. En las últimas semanas también habían surgido lesiones similares en ambos párpados y en torno a los orificios nasales. No había mejorado con el uso de corticoides tópicos no fluorados de mediana potencia. A la exploración, la paciente presentaba en el área perioral, perinasal y ambos párpados superiores, pápulas eritematosas, con tendencia a confluir, junto con alguna micropústula aislada y un grado variable de descamación (fig. 1).

El estudio histológico reveló un intenso infiltrado inflamatorio en la dermis papilar y reticular superficial, constituido por linfocitos y abundantes histiocitos epiteloides, que formaban granulomas tuberculoideos no caseificantes para-foliculares. Éstos alcanzaban incluso a la capa basal epidérmica, causando su degeneración vacuolar (fig. 2). Otras alteraciones epidérmicas consistían en la presencia de acantosis, paraqueratosis focal y espongiosis. El resto de pruebas complementarias realizadas incluyendo analíticas básicas, enzima conversora de angiotensina, cinc sérico, prueba de Mantoux, radiografía de tórax, y cultivo de una muestra de las lesiones, resultaron normales o negativas.

Se inició tratamiento con eritromicina oral, que resultó ineficaz. Se pautó entonces metronidazol tópico, con una discreta mejoría inicial, pero las lesiones persistieron tras más de 8 semanas de tratamiento.

Correspondencia:

Leticia Calzado. Servicio de Dermatología. Hospital 12 de Octubre. Avda. de Andalucía, km 5,4. 28041 Madrid. España. leti_cv@yahoo.es

Recibido el 2 de julio de 2004.

Aceptado el 21 de julio de 2004.



Fig. 1.—Lesiones papulosas eritematosas peribucales y perinasales.

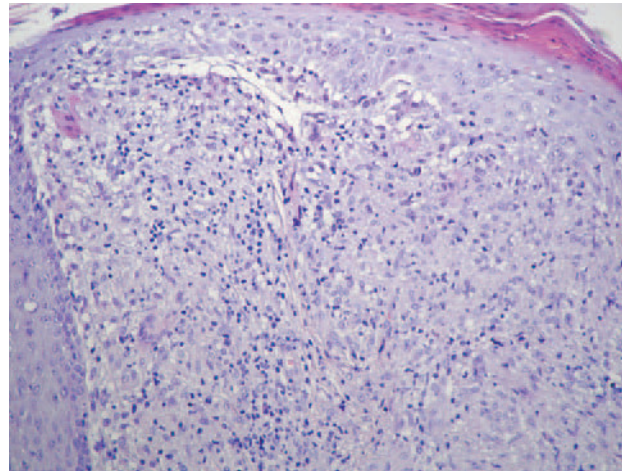


Fig. 2.—Granulomas tuberculoideos en dermis papilar que alcanzan la capa basal epidérmica. (Hematoxilina-eosina, $\times 250$.)

DISCUSIÓN

Existe confusión en la literatura especializada sobre las descripciones de la dermatitis perioral granulomatosa. Gianotti et al², en 1970, fueron primeros en encontrar granulomas en las lesiones de dermatitis perioral en niños. Ocho años después, Georgouras y Kocsard³ describieron el caso de un niño de 13 años con pápulas perinasales, perioculares y peribucales y granulomas en el estudio histológico, que denominaron «dermatitis perioral tipo Gianotti». Frieden et al⁴ en 1989 denominaron a este cuadro dermatitis perioral granulomatosa, e incluyeron en su descripción 5 casos más de niños entre 3 y 11 años con lesiones similares, cuatro de ellos de raza negra. Paralelamente, en 1990, Williams et al⁵ acuñaron el término FACE (acrónimo de *facial afro-caribbean childhood eruption*) al describir otros 5 casos de niños de raza negra con pápulas monomorfas periorificiales, autoinvolutivas, de histología inespecífica, basándose en la serie de Frieden et al⁴ y en una anterior de Maten et al⁶ de 22 niños negros con erupción acneiforme facial. Estos autores destacaron el predominio de niños de raza negra (31 de 32 casos) y restaron importancia a que la presencia de granulomas fuera un factor necesario para el diagnóstico, sino más bien un fenómeno tardío o secundario.

Clínicamente, esta variante granulomatosa de la dermatitis perioral se presenta como una erupción monomorfa facial, generalmente periorificial, aunque se han descrito casos con afectación en cuello, región superior de tronco, muñecas e incluso genital⁷. Las lesiones son papulosas o «micronodulares», eritematosas o parduscas, de curso fluctuante a lo largo de meses, como ocurre en nuestra paciente. Las lesiones remiten de forma espontánea sin dejar lesión cicatrizal residual, excepto en la primera serie descrita², donde estas lesiones daban paso a otras atróficas. Son lesiones asintomáticas y no se relacionan con sintomatología sisté-

mica. Afecta a pacientes pediátricos en edad prepube-ral, y en todas las series predomina la raza negra⁸. La etiopatogenia de este cuadro es desconocida.

En general, el estudio histopatológico en la dermatitis perioral coincide con el de la rosácea, con mínimos cambios epidérmicos, infiltrados linfocitarios perivasculares o perifoliculares con ectasia vascular. Cuando aparecen granulomas, estos se describen como estructuras tuberculoideas dérmicas⁹, para o perifoliculares, sin necrosis central, idénticos a aquellos de la variante granulomatosa de la rosácea⁴.

El diagnóstico diferencial se debe establecer prioritariamente con la sarcoidosis, que es rara en este grupo de edad y que suele presentar, junto a la sintomatología cutánea, claros datos de afectación sistémica y de otros órganos⁴. Los hallazgos clínicos como la localización periorificial de las lesiones y la ausencia de eritema, telangiectasias y permiten su diferenciación de la rosácea¹⁰. Otros cuadros que deben tenerse en cuenta dentro del diagnóstico diferencial son el lupus miliar diseminado de la cara, la histiocitosis céfalica benigna o la *granulosis rubra nasi*⁴.

El primer paso en el tratamiento es la supresión de productos tópicos esteroideos y el empleo de antibióticos orales, principalmente eritromicina o tetraciclinas en función de la edad del paciente. Igualmente se han descrito casos aislados de dermatitis perioral granulomatosa con buena respuesta al metronidazol tópico en gel al 0,75 %, dos aplicaciones al día, durante 1 a 2 meses^{11,12}. Parece que se logra una mejoría de los síntomas, sin olvidar que se trata de un cuadro autolimitado¹³. En nuestro caso, la respuesta a los tratamientos mencionados ha sido sólo parcial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kirton V, Wilkinson JD. Perioral dermatitis: a 12 year review. *Br J Dermatol* 1979;101:245-57.

2. Gianotti F, Ermacora E, Benelli MG, et al. Particulière dermatite périorale infantile: observations sur cinq cas. *Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr* 1970;77:341.
3. Georgouras K, Kocsard E. Micropapular sarcoidal facial eruption in a child: Gianotti-type perioral dermatitis. *Acta Derm Venereol* 1978;58:433-6.
4. Frieden IJ, Prose NS, Fletcher V, Turner ML. Granulomatous perioral dermatitis in children. *Arch Dermatol* 1989; 125:369-73.
5. Williams HC, Ashworth J, Pembroke AC, Breathnach SM. FACE-facial Afro-Caribbean childhood eruption. *Clin Exp Dermatol* 1990;15:163-6.
6. Maten RH, Presbury DGC, Adamson JE, Cardell BS. An unusual papular and acneiform facial eruption in the negro child. *Br J Dermatol* 1976;91:435-8.
7. Urbatsch AJ, Frieden I, Williams ML, Elewski BE, Mancini AJ, Paller AS. Extrafacial and generalized granulomatous periorificial dermatitis. *Arch Dermatol* 2002;138:1354-8.
8. Knautz MA, Leshner JL. Childhood granulomatous periorificial dermatitis. *Pediatr Dermatol* 1996;13:131-4.
9. Stutton G. The granulomatous reaction pattern. En: Weedon D, editor. *Skin Pathology*. London: Churchill Livingstone, 1997; p. 164-7.
10. Drolet B, Paller AS. Childhood rosacea. *Pediatric Dermatol* 1992;9:22-6.
11. Miller SR, Shalita AR. Topical metronidazole gel (0.75 %) for the treatment of perioral dermatitis in children. *J Am Acad Dermatol* 1994;31:847-8.
12. Boeck K, Abeck D, Werfel S, Ring J. Perioral dermatitis in children –clinical presentation, pathogenesis– related factors and response to topical metronidazol. *Dermatology* 1997;195:235-8.
13. Torrelo A, Mediero IG, Zambrano A. Dermatitis perioral granulomatosa infantil. *Actas Dermosifiliogr* 1996;87: 626-8.