

Dermatitis perioral

Almudena Hernández Núñez^a, Sara Pilar Herrero Ruiz^b, Laura Fernández de la Fuente^c

^a Dermatóloga, responsable de Dermatología Pediátrica

^{b,c} MIR R4 Dermatología

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. España

Fecha de publicación: 11/07/2024

Cita sugerida: Hernández Nuñez A, Herrero Ruiz SP, Fernández de la Fuente L. Dermatitis perioral (2024). En Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea]. Consultado el dd-mm-aaaa. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

Introducción / puntos clave

En el año 1957, Frumes y Lewis describieron una entidad que denominaron dermatitis seborreica fotosensible en una serie de 92 pacientes a partir de 11 años de edad, con una erupción en zonas seborreicas faciales que consideraban inducida por la exposición solar. El término dermatitis perioral (DPO) fue utilizado por primera vez posteriormente por Myhan y Ayres en 1964.

- Es una erupción inflamatoria papuloescamosa que aparece alrededor de la boca, la nariz y los ojos (periorifical), habitualmente respetando el borde bermellón.
- En prepúberes afecta por igual a niños y niñas. Después de la adolescencia predomina en el sexo femenino.
- La etiología es desconocida y probablemente multifactorial, con la contribución de factores genéticos, ambientales y hormonales. La casusa más frecuente es la utilización de corticoides tópicos fluorados.
- Generalmente es autolimitada, pero se recomienda evitar irritantes y productos tópicos relacionados; el tratamiento es escalonado, pasando por tópicos (metronidazol, inmunomoduladores, ivermectina) y/o sistémicos (antibióticos e isotretinoína en casos recalcitrantes).¹
- Se ha descrito una variante granulomatosa denominada dermatitis periorifical granulomatosa infantil, que cursa con lesiones papulosas eritematosas monomorfas.²

Factores desencadenantes de la dermatitis perioral	
Productos tópicos	<ul style="list-style-type: none"> • Cremas y pomadas para el cuidado de la piel • Protectores solares • Pasta de dientes fluorada
Factores microbiológicos³	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Fusobacterium spp.</i> • <i>Candida spp.</i> • <i>Demodex folliculorum</i> • Dermatofitosis (<i>Tinea faciei</i>) • SARS-Cov2⁴
Factores físicos	<ul style="list-style-type: none"> • Luz ultravioleta • Calor

	<ul style="list-style-type: none"> • Viento • Oclusión (mascarillas)⁵
Productos farmacéuticos	<ul style="list-style-type: none"> • Corticosteroides tópicos e inhalados (cámaras en lactantes y sprays nasales) • Aerosoles/soluciones de corticoides inhalados/intranasales
Enfermedades cutáneas³	<ul style="list-style-type: none"> • Disfunción de barrera/dermatitis atópica • Dermatitis irritativa (babeo, chupeteo, alimentos, colorantes)
Otros (menos frecuentes)³	<ul style="list-style-type: none"> • Goma de mascar (chicle) • Empastes dentales

Características clínicas de la dermatitis perioral

- Lesiones papuloeritematosas y en ocasiones pequeñas pústulas periorales que suelen respetar el borde bermellón
- Puede haber eritema y descamación de base
- A veces asocia lesiones en zonas perinasal y periocular
- Prurito y/o sensación de quemazón

Imágenes



Fuente: Noguera-Morel L et al. Clin Exp Dermatol 2021; 46: 430-7. Reproducido con permiso.

Diagnóstico de la dermatitis perioral

Clínico

Situaciones especiales (duda diagnóstica, diagnóstico diferencial)

- Cultivo de hongos y/o bacterias

- Biopsia cutánea⁶
- Pruebas de contacto (PAC)⁷

Diagnóstico diferencial de la dermatitis perioral	
<p>Procesos inflamatorios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eccema de contacto⁷ <ul style="list-style-type: none"> - Irritativo (EIC) - Alérgico (AC) • Eccema seborreico⁸ • Intértrigo perialar⁹ • Liquen nitidus¹⁰ • Mucinosi papular infantil¹¹ <p>Procesos infecciosos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Foliculitis • Moluscos contagiosos¹² • Verrugas planas¹³ • Demodicosis¹⁴ 	<p>Acné</p> <p>Procesos granulomatosos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rosácea¹⁵ • Sarcoidosis¹⁶ • <i>Lupus miliaris disseminatus faciei</i>¹⁷ <p>Lesiones tumorales benignas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Histiocitosis cefálica benigna¹⁸ • Tumores anexiales¹⁹ <p>Trastornos metabólicos²⁰</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acrodermatitis enteropática (déficit de cinc) • Déficit de biotina

Diagnóstico diferencial de la dermatitis perioral	
Procesos inflamatorios	<ul style="list-style-type: none"> • Eccema de contacto⁷ <ul style="list-style-type: none"> - Irritativo (EIC) - Alérgico (AC) • Eccema seborreico⁸ • Intértrigo perialar⁹ • Liquen nitidus¹⁰ • Mucinosi papular infantil¹¹
Procesos infecciosos	<ul style="list-style-type: none"> • Foliculitis • Moluscos contagiosos¹² • Verrugas planas¹³ • Demodicosis¹⁴
Acné	

Procesos granulomatosos	<ul style="list-style-type: none"> • Rosácea¹⁵ • Sarcoidosis¹⁶ • <i>Lupus miliaris disseminatus faciei</i>¹⁷
Lesiones tumorales benignas	<ul style="list-style-type: none"> • Histiocitosis cefálica benigna¹⁸ • Tumores anexiales¹⁹
Trastornos metabólicos²⁰	<ul style="list-style-type: none"> • Acrodermatitis enteropática (déficit de zinc) • Déficit de biotina

Tratamiento de la dermatitis perioral	
Suspender desencadenantes potenciales sospechosos (cremas hidratantes, fotoprotectores, dentífricos, corticoides) ²¹	
Evitar la utilización de productos lipofílicos ²¹	
Tratamiento tópico (inicial)	<ul style="list-style-type: none"> - Metronidazol gel 0.75%²² - Inhibidores tópicos de la calcineurina (tacrolimus pomada, pimecrolimus crema)²³ - Ácido azelaico gel 15%²⁴ - Ivermectina crema²⁵ - Eritromicina, clindamicina²⁶ - Ruxolitinib crema 1.5%²⁷
Tratamiento sistémico (generalmente asociado al tópico si no mejora solo con este o según extensión o intensidad)	<ul style="list-style-type: none"> - Doxiciclina²⁸ - Eritromicina²⁹ - Azitromicina³⁰ - Ivermectina³¹ - Isotretinoína³²

Referencias bibliográficas
<ul style="list-style-type: none"> • Frumess GM, Lewis HM. Light-sensitive seborrheid. <i>AMA Arch Derm</i> 1957;75:245-8 • Mihan R, Ayres S. Perioral dermatitis. <i>Arch Dermatol</i> 1964;89:803-5. • Rademaker M. Perioral dermatitis. Nov 2019. In: Harper's textbook of pediatric dermatology. (pp.338-42). Blackwell Publishig Ltd, 4th Edition. DOI:10.1002/9781119142812.ch26. • Tolaymat L, Hall MR. Perioral Dermatitis. 2023 Sep 4. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 30247843. • Noguera-Morel L, Hernández-Martín A, Torrelo A. Childhood rosacea and related disorders. <i>Clin Exp Dermatol</i> 2021;46:430-7. • Searle T, Ali FR, Al-Niimi F. Perioral dermatitis: Diagnosis, proposed etiologies, and management. <i>J Cosmet Dermatol</i> 2021;20:3839-48.

- Kumar P, Parashette KR, Noronha P. Letter: Perioral dermatitis in a child associated with an inhalation steroid. *Dermatol Online J* 2010;16:13.
- Calabrese G, Licata G, Gambardella A, Alfano R, Argenziano G. Is periocular dermatitis an early sign of COVID-19 infection in children? *Dermatitis* 2021;32:e150-1.
- Veraldi S, Mattioli MA, Nazzaro G. Anti-COVID-19 Face masks and perioral dermatitis. *J Clin Aesthet Dermatol* 2023;16:22.
- Jagannathan K, Vijayanand S, Manoharan D, Indiran V. Perioral rash in a young boy due to lip-licking dermatitis. *Indian J Pediatr* 2022;89:513-4.
- Lugović-Mihic L, Ilic I, Budimir J, Pondeljok N, Mravak Stipetic M. Common allergies and allergens in oral and perioral diseases. *Acta Clin Croat* 2020;59:318-28.
- Sanchez A, Mahe E, Miquel J, Abasq C, Phan A, Mazereeuw-Hautier J, Lemille J, Maruani A, Bonniaud B, Plantin P, Mallet S, Martin H, Hubiche T, Chiaverini C, Lacour JP; Groupe de Recherche de la Société Française de Dermatologie Pédiatrique. Perioral intertrigo in children and adolescents: a multicenter prospective study of 41 cases. *Pediatr Dermatol* 2022;39:702-7.
- Murao K, Kubo Y. A case of childhood granulomatous periorificial dermatitis mimicking lichen nitidus. *Int J Dermatol* 2023;62:e133-e5.
- Chan C, Mann JA, Mihm MC Jr, Yan S, Momtahan S. Cutaneous mucinosis of infancy: report of a rare case and review of the literature. *Dermatol Online J* 2018;24:13030/qt75k5r526.
- Douglas A, Zaenglein AL. A case series of demodicosis in children. *Pediatr Dermatol* 2019;36:651-4.
- Tang K, Jin H. Lupus miliaris disseminatus faciei in a 10-year-old child: a case report and literature review. *J Cosmet Dermatol* 2022;21:6484-6.
- Hall CS, Reichenberg J. Evidence based review of perioral dermatitis therapy. *G Ital Dermatol Venereol* 2010;145:433-4.
- Gray NA, Tod B, Rohwer A, Fincham L, Visser WI, McCaul M. Pharmacological interventions for periorificial (perioral) dermatitis in children and adults: a systematic review. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2022;36:380-90.
- Lee H, Kim KH. Treatment of pediatric periorificial dermatitis with topical calcineurin inhibitor and topical/oral metronidazole. *J Dermatol.* 2021;48:405-7.
- Charnowski S, Wollenberg A, Reinholz M. Perioral dermatitis successfully treated with topical ivermectin. *Ann Dermatol* 2019;31:S27-8.
- Tran SS, Ungar B, Brunner PM. Treatment of granulomatous perioral dermatitis with 1.5% topical ruxolitinib cream. *JAAD Case Rep* 2024;471-3.

Abreviaturas: AA: DPO: dermatitis perioral. PAC: pruebas alérgicas de contacto. EIC: eccema irritativo de contacto. EAC: eccema alérgico de contacto.

Notas aclaratorias:

1. Algunos anticonceptivos hormonales orales se han relacionado con el desarrollo de dermatitis perioral.
2. La dermatitis granulomatosa infantil es un trastorno más crónico y difícil de tratar que se considera en el espectro de la rosácea. En estos casos puede haber afectación extrafacial.
3. Las infecciones, los eccemas y otros factores implicados se han relacionado con el desarrollo de dermatitis perioral, pero se desconoce si ejercen un papel primario o secundario. Es por ello que también se incluyen en el diagnóstico diferencial.
4. Se ha postulado una variante de predominio periocular como signo precoz de la infección por SARS-Cov2 en niños relacionada con disfunción de la coagulación en la vascularización periocular.
5. Similar a los casos denominados "mask-acné" que aparecieron en relación con la utilización de mascarillas durante la pandemia por Covid y únicamente en la zona cubiertas por las mismas.
6. No suele ser necesaria. La histología presenta características indistinguibles de la rosácea y del granuloma aséptico facial, por lo que se consideran entidades dentro de un mismo espectro. Se observa acantosis

epidérmica, espongiosis focal, hiperqueratosis con paraqueratosis y un discreto infiltrado linfohistiocítico perivascular y perianexial y en la dermis superior.

7. *A diferencia de la DPO, el eccema de contacto cursa con intenso prurito, vesículas, costras e intensa descamación, la distribución es variable dependiendo de la sustancia contactante y no mejora con antibioterapia. Solo se puede diferenciar un EAC de un EIC con la realización de PAC; la causa irritativa más frecuente es el chupeteo labial y peribuca.*
8. *El eccema seborreico cursa con eritema mal definido con descamación fina que afecta a zonas seborreicas (cejas, región intercilial, surcos nasogenianos, mentón, cuero cabelludo y región centrotorácica).*
9. *Entidad recientemente descrita que cursa con lesiones eritematoanaranjadas persistentes y resistentes al tratamiento localizadas en regiones periales en niños y adolescentes. Su causa es desconocida. En el 78% de los casos hay fluorescencia folicular rojo- anaranjada con luz de Wood.*
10. *Trastorno inflamatorio de causa desconocida que cursa con lesiones papulosas aplanadas milimétricas brillantes de color piel normal o levemente eritematosas o hipopigmentadas, generalmente agrupadas y asintomáticas. Pueden aparecer en cualquier localización. Clínicamente se asemeja más a la DPO granulomatosa.*
11. *Entidad infrecuente englobada dentro de las mucinosis, generalmente asintomática y autolimitada, y en ocasiones asociada a enfermedades sistémicas.*
12. *Infección benigna y autolimitada producida por poxvirus que cursa clínicamente con pápulas de color piel normal con umbilicación o depresión central.*
13. *Infección por el virus del papiloma humano, son muy frecuentes en la región facial en la población pediátrica. Autolimitadas, aparecen como placas descamativas milimétricas de color piel normal, rosadas o con hiper o hipopigmentación leve, con tendencia a agruparse o a distribuirse linealmente en zonas de traumatismos.*
14. *Lesiones papulosas de aspecto espinuloso de localización folicular producidas por los ácaros Demodex, habitantes comensales de la unidad pilosebácea que suelen estar ausentes o en bajo número en la infancia. Cuando produce clínica, es más frecuente en las regiones mentoniana y nasal. Se considera que la demodicosis sea una entidad dentro del espectro de la rosácea con incremento del número de ácaros por Demodex en estas lesiones; de ahí que se incluya la ivermectina dentro de los tratamientos.*
15. *Como se ha comentado previamente, la DPO y la rosácea se considera dentro del mismo espectro. La rosácea puede cursar con eritema, telangiectasias, pústulas y flushing.*
16. *Enfermedad granulomatosa multisistémica de causa desconocida. Las lesiones cutáneas pueden aparecer como pápulas eritematopigmentadas infiltradas sin descamación que afectan sobre todo a la cara, y característicamente aparecen en zonas de cicatrices antiguas o traumatismos. El diagnóstico es histológico.*
17. *Enfermedad granulomatosa idiopática con afectación facial de predominio en párpados. Es infrecuente en la infancia y de carácter autolimitado, aunque puede resolverse dejando cicatrices.*
18. *Proceso reactivo o proliferativo que cursa con lesiones papulosas anaranjadas de distribución predominante en el polo cefálico y que histológicamente se caracteriza por infiltración dérmica de histiocitos no Langerhans. Tiene carácter autoresolutivo, a veces en varios años.*
19. *Siringomas, tricoepiteliomas: tumores benignos que derivan de los anejos cutáneos y que pueden aparecer como pápulas faciales de 1-2 milímetros del color de la piel normal. El diagnóstico es histológico.*
20. *Generalmente asocian una dermatitis periorificial muy intensa y persistente tanto facial como genital y perianal, además de diarrea y falta de medro.*
21. *Es lo que se denomina "terapia cero", que consiste únicamente solamente en la discontinuación y evitación de productos tópicos potencialmente irritantes. El fotoprotector y la pasta de dientes se pueden suprimir si hay relación con la clínica en espera de evolución.*
22. *Metronidazol: dos aplicaciones al día durante un mes; después una aplicación al día durante 4-8 semanas.*
23. *Pimecrolimus crema 1% o Tacrolimus pomada 0.03%: una aplicación al día hasta resolución.*
24. *Ácido azelaico: una aplicación al día durante 8-12 semanas.*
25. *Ivermectina: una aplicación diaria durante 8-12 semanas.*

26. *Eficacia incierta en la literatura.*
27. *Ruxolitinib: dos aplicaciones al día hasta resolución. Casos aislados.*
28. *Doxiciclina: una vez al día durante 8-12 semanas*
- 8-12 años de edad: 4 mg/Kg
 - > 12 años de edad: 50-100 mg
29. *Eritromicina: 30-40 mg/Kg/día dividido en 2 tomas durante 8-12 semanas .*
30. *Azitromicina: 10 mg/Kg/día en una toma durante 8-12 semanas.*
31. *Ivermectina: 200-500 µg/Kg en dosis única.*
32. *Isotretinoína: 0.3-0.75 mg/Kg/día en una toma durante 5-8 meses. Es el único fármaco de dispensación exclusiva en Atención Especializada en Dermatología.*

Notas: la *Guía ABE* se actualiza al menos 1 vez al año. Próxima revisión prevista en el segundo semestre de 2007. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[①] Más información en: <http://infodoctor.org/gipi/>
[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com

Con la colaboración de:



[©] Guía_ABE, 2007. ISBN: 978-84-95028-65-5