



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/4629 - DERMATITIS PERIORAL DEL ADULTO

R. Abad Rodríguez^a, E. Cano Cabo^b, C. Corugedo Ovies^c, H. Mendes Moreira^b, M. García Estrada^d y R. Sánchez Rodríguez^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Siero-Sariego. Asturias. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Asturias. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo. Oviedo. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 63 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por lesiones eritemato-vesiculosas peribucales no pruriginosas de un mes de evolución con impresión diagnóstica de herpes simple y tratamiento con aciclovir tópico pomada al 5%. Acude a nuestra consulta de Primaria 15 días después por persistir mismo cuadro, sin ninguna mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: Lesiones periorales con pápulas sobre una base eritematosa, con pequeños granos rojos y alguna vesícula, que confluyen en pequeños grupos. No descamación. Sin lesiones en otras localizaciones. No refiere otra clínica acompañante.

Juicio clínico: Dermatitis perioral.

Diagnóstico diferencial: Rosácea, dermatitis de contacto, foliculitis por Demodex, sarcoidosis, histiocitosis cefálica benigna, lupus miliaris disseminatus faciei (acné agminata) o granulosis rubra nasi.

Comentario final: Esta patología dermatológica, descrita en 1964 por Mihan y Ayres es relativamente frecuente en niños y adultos, de etiología desconocida, aunque, a veces, hay factores precipitantes como cosméticos, cremas fotoprotectoras y corticoides tópicos. A nivel anatomopatológico es prácticamente indistinguible de la rosácea y algunos autores lo consideran una variante de esta enfermedad (las diferencias residen en que en esta dermatitis puede aparecer en niños y no están presentes el "flushing" ni las telangiectasias). El pronóstico depende de la extensión y la cronicidad, pero con un tratamiento adecuado las lesiones se suelen resolver en pocos meses (metronidazol tópico 0,75%, 2 veces al día). Si hay lesiones descamativas usar corticoide tópico de baja potencia máximo 5-7 días. En casos rebeldes como alternativa a metronidazol usar tetraciclinas. En esta paciente, se inició tratamiento con metronidazol con excelente respuesta.

Bibliografía

1. Lipozenčić J, Hadžavdić SL. Perioral dermatitis. Clin Dermatol. 2014;32(1):125-30.

Palabras clave: Dermatitis perioral. Periorifical. Rosácea.
1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.