

Diagnóstico Diferencial da Dermatite Perioral: Relato de caso

Differential Diagnosis of Perioral Dermatitis: Case Report

Resumo

Autora

Introdução

A rosácea é um distúrbio acneiforme inflamatório crônico comum das unidades pilosebáceas da face, de etiologia ainda não completamente esclarecida. Já a dermatite perioral se caracteriza como uma dermatose inflamatória com a presença de eritema, pápulas e pústulas periorificiais.

Objetivos

Relatar um caso de dermatite perioral atendido em nosso Serviço, buscando assim contribuir para o diagnóstico diferencial em relação à rosácea.

Materiais / Sujeitos e Métodos

As informações sobre a evolução clínica do paciente foram obtidas entre os meses de fevereiro a maio de 2020, durante as consultas dermatológicas realizadas em um Centro de Dermatologia localizado na cidade de São Paulo – SP.

Resultados

O acompanhamento clínico evidenciou que o diagnóstico bem direcionado da dermatite perioral, assim como a caracterização de suas manifestações clínicas, diminuem as chances de piora progressiva para quadros mais complexos.

Conclusões

A dermatite perioral clássica é uma doença inflamatória que pode ser difícil de distinguir da rosácea. No entanto, a rosácea não causa erupção ao redor da boca e dos olhos. Sendo assim, outros sintomas de rosácea devem estar presentes para que o diagnóstico exclua a dermatite perioral.

Abstract

Rosacea is a common chronic inflammatory acneiform disorder of the facial pilosebaceous units, whose etiology is still unclear. Perioral dermatitis, on the other hand, stands out as an inflammatory dermatosis with the presence of periorificial erythema, papules and pustules. Thus, we aimed to report a case of perioral dermatitis seen in our Service, contributing to the differential diagnosis in relation to rosacea. The information on the patient's clinical evolution was assessed between February and May 2020, during dermatological consultations in a Dermatology Center located. The clinical follow-up showed that the well-directed diagnosis, as well as the characterization of the manifestations of rosacea and perioral dermatitis, decreased according to the chances of progressive worsening for the more complex conditions. Classic perioral dermatitis is an inflammatory disease that can be difficult to distinguish from rosacea. However, a rosaceous rash does not cause around the mouth and eyes. Therefore, other rosacea symptoms must be present for the diagnosis to rule out perioral dermatitis.

Jordana Sales Diez
Pós-graduanda em Dermatologia
Faculdades BWS
Brasil

Palavras-chave

Rosácea. Pústulas. Dermatite.

Keywords

Rosacea. Pustules. Dermatitis.

INTRODUÇÃO

A Rosácea é um distúrbio vascular caracterizado por pápulas e pústulas geralmente associados a eritema e *flushing*. Ocorre frequentemente em 10% dos indivíduos de pele clara, com idade de início entre os 30 a 50 anos, sendo predominante no sexo feminino. O distúrbio pode ser influenciado por dietas, clima, uso de glicocorticoides tópicos, ou presença de *Demodex folliculorum* e *D. brevis* (ambos parasitas) ⁽¹⁾.

A fisiopatologia subjacente à rosácea é uma área ativa de investigação. Uma variedade de mediadores e mecanismos que desencadeiam o início e a progressão da doença têm sido implicados nesta condição fenotipicamente heterogênea e clinicamente diversa. A ocorrência frequente de rosácea em pessoas com ascendência celta é consistente com uma predisposição genética em certos tipos de pele. Além de, ou em combinação com fatores genéticos, acredita-se que o envolvimento e as conexões entre os sistemas imunológico, neuronal e vascular contribuem para as respostas disfuncionais que levam à apresentação clínica da rosácea. Fatores desencadeantes podem induzir a liberação de mediadores inflamatórios e neurogênicos da pele, células neuronais e imunológicas, e multiplicidade de respostas resulta no eritema e nas lesões da rosácea ⁽²⁾.

A dermatite perioral, por sua vez, é uma doença inflamatória caracterizada por micropápulas eritematosas e microvesículas isoladas presentes na região perioral ou periorbital. Manifesta-se entre os 16 e 45 anos, predominantemente no sexo feminino, porém, podendo acometer idosos e crianças ⁽³⁾.

A dermatite perioral ou periorifical afeta principalmente meninas e mulheres mais idosas. Em crianças pré-púberes, a dermatite perioral afeta meninos e meninas igualmente. Trata-se de uma doença caracterizada por uma erupção inflamatória papuloescamosa ao redor da boca (geralmente poupando o vermelhão dos lábios), nariz e olhos, com ausência de rubor. Vários fatores têm sido implicados em sua patogênese, incluindo diminuição da função de barreira, infecções (*Demodex*, *Fusobacterium*), utilização de certos cosméticos e tratamento com glicocorticosteroides tópicos. Geralmente é autolimitada, mas responde bem à

prevenção de preparações tópicas e / ou doses subantimicrobianas de tetraciclina / macrolídeos sistêmicos ⁽⁴⁾.

Tanto a rosácea quanto a dermatite perioral ainda não possuem sua etiologia totalmente esclarecida, e seus sinais clínicos podem se confundir ^(1,3). Sendo assim, o objetivo deste artigo é relatar a diferenciação clínica entre a rosácea e a dermatite perioral, fornecendo informações que contribuam para o diagnóstico diferencial destas duas doenças.

RELATO DO CASO

M.S.D, 33 anos, sexo feminino, fototipo III, foi admitida em nosso Serviço relatando tratamento prévio com Isotretinoína para acne nódulo-cística no ano 2019. Após 12 meses, observou-se hiperemia súbita em região malar em determinados períodos do dia, associada a pústulas em regiões de mento e também perinasal (Figura 1). A paciente fazia uso crônico de creme com glicocorticoide na região da face, porém, as lesões aumentavam com o uso descontinuado do mesmo.

Inicialmente foi diagnosticada com rosácea, e orientada a realizar tratamento tópico com anti-inflamatório, protetor solar e sabonete para pele acneica, evoluindo assim com piora da hiperemia, pústulas, surgimento de prurido associado à sensibilidade da pele. Após investigação clínica detalhada, foi observado comprometimento exclusivamente perioral na área das narinas, poupando as demais regiões da face. Foi então realizado exame histopatológico que apresentou espongiose e infiltrado inflamatório linfó-histiocítico nas lesões recentes, sendo instituído tratamento adequado com remissão das lesões (Figura 2).

Figura 1: Pústulas em região nasal e perioral.



Fonte: original da autora.

Figura 2: Tratamento pós uso da Tetraciclina e associações.



Fonte: original da autora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quadro de dermatite perioral deve ser diferenciado das demais doenças, como por exemplo, dermatite de contato e atópica, e dermatite seborreica, ambas causando lesões eritemato-descamativas e sem pústulas; rosáceas, que atingem as regiões nasal e malar, porém, com presença de telangiectasias, assim como também de tinha de face ⁽⁵⁻⁷⁾.

Pacientes com dermatite perioral mais comumente apresentam pápulas eritematosas agrupadas que geralmente são bilaterais, mas podem ser unilaterais, circundando a boca, os olhos e o nariz. Como costuma afetar a pele ao redor de outros orifícios faciais, também é denominada dermatite periorifical, e achados variáveis na doença incluem descamação, vesículas e pústulas. Na variante granulomatosa, pápulas da cor da pele, eritematosas, e que chegam até a cor amarelo-marrom, irrompem na mesma distribuição, embora o envolvimento raro das orelhas, pescoço, couro cabeludo, tronco, vulva e extremidades tenha sido descrito. Os pacientes geralmente relatam que as áreas de envolvimento estão associadas a sintomas de queimação ou sensibilidade, embora também possa ocorrer prurido. Também é mencionada a sensibilidade a vários produtos para a pele, o que pode agravar a erupção cutânea. Casos raros de dermatite periorifical granulomatosa podem ocasionar blefarite ou conjuntivite concomitante. Portanto, a avaliação oftalmológica deve ser considerada ⁽³⁾.

A suspensão imediata do corticoide tópico e o uso de produtos suaves para a higiene podem levar à regressão do quadro, sem a necessidade de nenhum tratamento. Todavia, no caso por nós descrito foi necessário o uso de antibiótico por via oral (Tetraciclina) por 3 meses, sabonete líquido com sulfacetamida sódica e enxofre, além de antibiótico tópico com alfabisabolol ^(3,8).

As opções de tratamento de primeira linha para dermatite perioral incluem metronidazol creme ou gel, loção ou gel de clindamicina, gel de eritromicina, preparações tópicas de enxofre e gel de ácido azelaico. No tratamento dessa condição, os antibióticos são úteis por suas propriedades antiinflamatórias. Inibidores de calcineurina tópicos, como pomada de tacrolimo ou creme de pimecrolimo, também

podem ser eficazes. Ainda, a terapia fotodinâmica utilizando ácido 5-aminolevulínico como fotossensibilizador parece trazer benefícios aos pacientes acometidos ⁽³⁾.

Se as terapias tópicas não forem úteis, ou nos casos com extenso acometimento, a dermatite perioral pode ser tratada com antibióticos por via oral. Pode-se prescrever tetraciclina 250 a 500 mg duas vezes ao dia, doxiciclina 100 mg duas vezes ao dia ou uma vez ao dia, e minociclina 100 mg duas vezes ao dia ou uma vez ao dia, por um curso de redução gradual de 8-12 semanas. Quando os antibióticos de tetraciclina são contraindicados, como em crianças menores de 8 anos, mães que amamentam e mulheres grávidas, a eritromicina 250 mg a 500 mg por dia pode ser substituída. Ressalta-se que o objetivo da antibioticoterapia oral é proporcionar melhora rápida, mas as terapias tópicas devem ser utilizadas de maneira concomitante ⁽³⁾.

É importante reconhecer que, como a dermatite perioral não é um processo eczematoso primário, os corticosteroides tópicos não devem ser utilizados. Embora estes fármacos possam fornecer um benefício temporário, caso sejam descontinuados a erupção pode frequentemente aumentar e piorar. Se os pacientes estiverem usando corticosteroides tópicos para tratar a erupção, a descontinuação abrupta pode causar surto de rebote e os pacientes devem ser avisados de que a condição provavelmente irá piorar até que melhore com o início de terapias apropriadas, sendo sugerido um desmame lento para evitar o surgimento de novas lesões ^(3,8).

Ressalta-se, mais uma vez, que o uso prolongado de corticosteroides tópicos pode resultar em dermatite semelhante à rosácea ou dermatite perioral facial. Estes pacientes costumam apresentar uma erupção facial dolorosa e eritematosa, e a história adicional costuma revelar a aplicação de corticosteroides tópicos de alta potência. Sendo assim, a correlação da história clínica e do exame cutâneo deve ser capaz de estabelecer o diagnóstico de dermatite semelhante à rosácea, e o tratamento não deve incluir apenas a descontinuação do corticosteroide de elevada potência, mas também o início de antibióticos tópicos e orais. Se necessário, um corticoide mais leve pode ser utilizado, sendo tais recomendações capazes de eliminar as erupções faciais.

Por fim, em alguns casos selecionados, os inibidores de calcineurina tópicos, como o tacrolimus ou pimecrolimus, podem ser utilizados ⁽⁹⁾.

CONCLUSÕES

O diagnóstico da dermatite perioral e da rosácea são clínicos. A detalhada caracterização das doenças, bem como a sua diferenciação, ocorre na anamnese. Porém, em pacientes com casos mais complicados e crônicos, pode haver a necessidade da realização de biópsia e exame histopatológico para elucidação do diagnóstico.

REFERÊNCIAS

1. Ahn CS, Huang WW. Rosacea pathogenesis. *Dermatologic clinics*. [Internet]. 2018;36(2):81–6. Disponível em: [https://www.derm.theclinics.com/article/S0733-8635\(17\)30159-6/fulltext](https://www.derm.theclinics.com/article/S0733-8635(17)30159-6/fulltext)
2. Lerner EA, Cevikbas F. Pathophysiology of Rosacea. In: Cary JH, Maibach HI, organizadores. *Rosacea*. Cham: Springer International Publishing. [Internet]. 2020 [citado 2021 ago 23]: 15–21. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-3-030-52097-7_2
3. Tolaymat L, Hall MR. Perioral Dermatitis. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. [Internet]. 2021 [citado 2021 ago 23]. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525968/>
4. Rademaker M. Perioral Dermatitis. In: Harper's Textbook of Pediatric Dermatology. John Wiley & Sons, Ltd. [Internet]. 2019 [citado 2021 ago 23]: 338–42. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/9781119142812.ch26>
5. Hoepfner A, Marsela E, Clanner-Engelshofen BM, Horvath ON, Sardy M, French LE, et al. Rosacea and perioral dermatitis: a single-center retrospective analysis of the clinical presentation of 1032 patients. *JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*. [Internet]. 2020;18(6):561–70. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ddg.14120>
6. du Vivier A. *Atlas de Dermatologia Clínica*. [Internet]. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2014. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/sus-9302>
7. Bolognia J, Jorizzo J. *Dermatología: Principales diagnósticos y tratamientos*. [Internet]. Elsevier; 2016. Disponível em: <https://www.elsevier.com/books/bologna-dermatologia-principales-diagnosticos-y-tratamientos/bologna/978-84-9113-001-7>
8. Searle T, Ali FR, Al-Niaimi F. Perioral dermatitis: Diagnosis, proposed etiologies, and management. *Journal of cosmetic dermatology*. [Internet]. 2021. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocd.14060?casa_token=xFoHf0WFgB4AAAAA%3AztMMLAPlx_r-bYe1Q5Qk6pkQhqJgdcVknNQp93EIY_f9xyCe6XUHX9zW9VldDaD7srDXwZAweiqWfCut
9. Diehl KL, Cohen PR. Topical Steroid-Induced Perioral Dermatitis (TOP STRIPED): Case Report of a Man Who Developed Topical Steroid-Induced Rosacea-Like Dermatitis (TOP SIDE RED). *Cureus*. [Internet]. 2021;13(4):e1444. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8115187/>