

Dermatite Periorifical Granulomatosa da Infância

Granulomatosa Periorifical Dermatitis Of Childhood

Resumo

Introdução

A dermatite periorifical granulomatosa infantil (DPGI) é uma erupção benigna da face que se apresenta mais comumente em crianças pré-púberes. A condição é benigna, autolimitada e não está associada a envolvimento sistêmico.

Objetivos

Apresentação de caso clínico de uma paciente, com idade de 8 anos, apresentando erupções papulares múltiplas, assintomáticas, monomórficas, pápulas eritematosas e pápulas hiperocrômicas acastanhadas, nas áreas periorais persistentes há 4 anos.

Materiais / Sujeitos e Métodos

Paciente feminino, com idade de 8 anos, apresentando pele lesionada, hiperemiada, com pápulas hiperocrômicas castanha, na região de face com surgimento há 4 anos.

Resultados

Paciente apresenta melhora imediata após prescrição de sabonete específico e creme dental sem flúor e posteriormente terapia tópica. O resultado da biópsia conclui o caso como dermatite periorifical granulomatosa da infância.

Conclusões

A dermatite periorifical granulomatosa infantil (DPGI), é uma forma granulomatosa distinta de dermatite perioral e de etiologia desconhecida. O diagnóstico correto é importante para minimizar o tratamento, visto que o DPGI é, em última análise, autolimitado.

Abstract

Childhood periorifical granulomatous dermatitis (CGPD) is a disease that presents itself more commonly in prepubertal children as yellow-brown papules limited to the perioral, perinasal and periocular regions. The condition is benign, self-limiting and is not associated with systemic involvement. The objective of this study is to report the case of a girl, with 9 years old, presenting multiple, asymptomatic, monomorphic, red to yellow papular eruptions, in the perioral areas with 4 years of duration, without success to previous treatments. A new medical prescription was made and a biopsy was requested. Patient shows immediate improvement after prescription of soap and fluoride-free toothpaste and then topical therapy. The result of the biopsy concludes the case as periorifical granulomatous dermatitis of childhood. Periorifical granulomatous dermatitis in children (CGPD) is a distinct granulomatous form of perioral dermatitis and of unknown etiology. Correct diagnosis is important to minimize treatment, as DPGI is ultimately self-limiting.

Autora/Orientador

Ingrid Vendramini

Pós-Graduanda em Dermatologia
Faculdades BWS
Brasil

Rafael Franco da Silveira Marques

Professor - Dermatologista
Faculdades BWS
Brasil

Palavras-chave

Dermatite perioral. Criança. Diagnóstico.

Keywords

Perioral dermatitis. Child. Diagnosis.

Trabalho submetido: 05/08/21. Publicação aprovada: 27/09/21. Financiamento: nenhum. Conflito de interesses: nenhum.

INTRODUÇÃO

A dermatite periorifical granulomatosa infantil (DPGI) é uma dermatose benigna da face relatada em crianças pré-púberes. Apresenta micropápulas eritematosas vermelha ou acastanhada com até 3 mm de diâmetro, na face, principalmente em torno dos olhos, boca e nariz ⁽¹⁻³⁾.

Clinicamente possui curso benigno e autolimitada, não necessitando de abordagem terapêutica, porém, devido a fatores estéticos, muitos dos casos recorrem a tratamentos dermatológicos. A literatura apresenta casos raros de comprometimento em regiões genitais, ombros, nuca e braços ^(2,4-7).

Neste contexto, o presente artigo apresenta um caso de DPGI.

RELATO DO CASO

Paciente M.E.O.M., feminino, com idade de 8 anos, apresentando pele lesionada, hiperemiada, com pápulas hiperocrômicas castanha, na região frontal, periocular, perinasal e região perioral com surgimento há 4 anos (figura 1). A mãe refere que há 4 anos quando iniciou as lesões, estas lesões surgiam e desapareciam, e no último ano, não desapareceram e aumentaram acometendo toda face.

Paciente já passou por médico clínico e diversos dermatologistas e realizado vários tratamentos tópicos com corticoide e imunomoduladores sem melhora clínica.

Na ocasião da primeira consulta (08/07/2020), foi suspenso o corticoide, e prescrito apenas sabonete para pele sensível/ seca e creme dental sem flúor e solicito biópsia.

Inicialmente o tratamento prescrito obteve melhora imediata dos sinais e sintomas clínicos (figura 2). Após biópsia, a conclusão é de dermatite perivascular e perifolicular granulomatosa com ectasia vascular. O quadro histológico favorece a clínica sugerida de DPGI. Foi iniciado terapia tópica com clindamicina 1% e peróxido de benzoíla 5%, à noite, durante 3 meses com melhora progressiva (figura 3).

Figura 1. Apresentação clínica das lesões na primeira consulta.



Fonte: original da autora.

Figura 2 e 3. Melhora dos sinais clínicos.



Fonte: original da autora.

Figura 4. Apresentação clínica após prescrição de Azelan 15%.



Fonte: original da autora.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentada primeiramente por Gianotti em meados da década de 70, quando observou essa dermatite perioral em crianças, a DPG possui outras terminologias como dermatite periorifical granulomatosa da infância, dermatite perioral de Gianotti e erupção facial infantil afro-caribenha^(4,6,8).

Um estudo descreveu cinco crianças italianas com idades entre 2,5 e 7 anos com erupção distinta da pele na região perioral. Quatro anos depois, pesquisadores relataram 22 crianças negras com erupção papular limitada à face^(4,9).

Em 1989, Frieden et al., denominou a doença como DP granulomatosa em crianças. Ele criou o termo erupção facial afro-caribenha na infância (FACE) para conjecturar que todos os casos ocorreram em crianças afro-caribenhas. Finalmente, em 1996, Knautz e Leshner usaram o termo DPGI para diferenciar a erupção da DP

tradicional e para evitar o termo FACE, que limita o diagnóstico a indivíduos afro-caribenhos^(10,11).

O quadro clínico apresenta-se como uma dermatite acneiforme, com formatos únicos e micropapulares, hiperemiada como também acastanhada acompanhada de descamação com predomínio no entorno da região naso-oral e em alguns casos acomete outras partes do corpo ou de forma generalizada, afetando a população infanto-juvenil, com predomínio do sexo masculino e afrodescendentes, e normalmente evolui com melhora espontânea, sem necessidade de tratamentos e ausente de cicatrizes^(1,5,12).

Ainda não se conhece a etiologia pontualmente, porém, foi observado a relação desta dermatite com a ocorrência de infecções por *Candida spp*, processos alérgicos, uso de flúor dental, amalgamas, corticoides, formaldeído, alguns cosméticos e ainda soluções antissépticas^(13,14).

O uso prolongado de esteroides tópicos pode induzir ou exacerbar a DPGI. Também foi relatado a ocorrência de DPGI como uma reação incomum à vacinação contra varicela^(2,3,5,10,14).

No presente caso apresentado, não foi identificado o agente desencadeante, entretanto a piora clínica foi atribuída ao uso corticoides tópico. A suspeita foi confirmada após a suspensão do corticoide e do creme dental com flúor, que consequentemente apresentou uma melhora significativa das lesões confirmando os relatos encontrados na literatura.

Histopatologicamente, infiltrados granulomatosos dérmicos superiores e perifoliculares são vistos. Os infiltrados granulomatosos consistem em macrófagos epiteloídes, linfócitos e células gigantes. Em algumas amostras de biópsia, o infiltrado tem sido mais difuso, em outras, granulomas não caseosos bem formados são circundados por linfócitos. DPGI também pode mostrar alteração epidérmica com espongiose leve a moderada. Os resultados de colorações e culturas especiais são sempre negativos para micobactérias e fungos, corroborando com os resultados da presente biópsia^(1,5).

O diagnóstico é exclusivamente clínico, e sua apresentação histopatologia é análoga à deparada nos eventos de rosácea, com presença de infiltrados linfocitocitários com ectasia vascular, e as vezes com presença de estruturas tuberculoides perifoliculares ⁽¹⁴⁾.

Lúpus miliar disseminado da face (LMDF) dermatite de contato ou seborreica, sarcoidose e acne, são um dos diagnósticos diferenciais. Esses diagnósticos se diferenciam devido à presença alguns sintomas agudos (febre, tosse, fadiga, dispnea) como também na população alvo de acordo com o sexo e faixa etária ⁽¹⁻³⁾.

O primeiro passo no manejo terapêutico deve ser a descontinuação de todos os corticosteroides tópicos, como foi feito em nosso caso. Embora a DPGI seja considerada uma condição autolimitada, o tratamento com tetraciclina, metronidazol e eritromicina pode ser eficaz na DPGI. Mais importante ainda, os pacientes e pais devem ser tranquilizados de que a DPGI é uma condição benigna e autolimitada ^(1,5).

A abordagem terapêutica é baseada na identificação e remoção do agente causador, administração de antibioticoterapia e imunomoduladores tópicos (comumente utilizado o metronidazol a 0,75-1,00%) ^(5,14).

Topicamente os imunomoduladores se destacam devido sua base mais hidratante do que o metronidazol tópico, além de suas propriedades imunomoduladoras. De acordo com a extensão e gravidade do caso, sugere-se a prescrição de antibióticos como as tetraciclina de primeira e segunda geração em associação a terapia tópica ⁽⁵⁾.

Se tratando de crianças com idade inferior a 9 anos, a tetraciclina pode ser contraindicada devido ao risco de alteração do pigmento do esmalte dentário e comprometimento ósseo, sendo então sugerido nestes casos o emprego de macrolídeos (eritromicina e azitromicina por exemplo) em que a literatura tem comprovado resultados satisfatórios ⁽¹³⁾.

A justificativa do uso dessa classe de antibióticos se deve às suas propriedades anti-inflamatória, através da síntese de citocinas e modulação da resposta quimiotática dos neutrófilos ^(12,14).

Neste caso, a clindamicina foi a melhor opção para esta paciente devido sua farmacocinética com abordagem terapêutica eficaz e segura, utilizando doses menores e com curta duração, pois as lesões responderam positivamente ao tratamento e em um breve período de tempo.

CONCLUSÕES

A DPGI é uma dermatite com etiologia ainda desconhecida e autolimitada, com predileção a região em torno do nariz e boca, com resolução espontânea e não cicatricial, com raras manifestações em outras áreas do corpo, afetando pré-púberes, com maior incidência entre os meninos e afro-descentes. Devido o comprometimento estético e de autoestima, muitos procuram atendimento médico dermatológico. O conhecimento técnico-científico do profissional é imperativo para o diagnóstico diferencial e correta abordagem terapêutica, buscando a rápida resolução do caso, com segurança e eficácia terapêutica própria para a clientela pediátrica.

REFERÊNCIAS

1. Kim YJ, Shin JW, Lee JS, Park YL, Whang KU, Lee SY. Dermatite periorifical granulomatosa infantil. *Ann Dermatol*. [Internet]. 2011 Ago [citado 2021 ago. 20];23(3):386-8. Disponível em: <https://doi.org/10.5021/ad.2011.23.3.386>
2. Lee GL, Zirwas MJ. Rosácea Granulomatosa e Dermatite Periorifical: Controvérsias e Revisão de Manejo e Tratamento. *Dermatol Clin*. [Internet]. 2015 Jul; [citado 2021 ago. 20];33(3):447-55. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.det.2015.03.009>
3. Moncourier M, Pralong P, Pinel N, Templier I, Leccia MT. Erupção periocular granulomatosa. *Anais de Dermatologia e Venereologia*. [Internet]. 2017 jun.-jul [citado 21 ago. 20];144(6-7):430-433. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.annder.2017.03.018>
4. Gianotti F, Ermacora E, Bennelli MG, Caputo R. Dermatite peri-oral infantil particular. Observações em 5 casos. *Bull Soc Fr Dermatol Syphiligr*. [Internet]. 1970 [citado 2021 ago. 20];77:341. Disponível em: <https://doi.org/10.5021/ad.2011.23.3.386>
5. Milagre ACX, Almeida APM, Rezende HD, Almeida LM, Peçanha MAP. Dermatite Perioral Granulomatosa Com Acometimento Extrafacial Na Infância: Boa Resposta Terapêutica Com Uso De Azitromicina Oral. *Revista Paulista de Pediatria*. [Internet]. 2018 [citado 2021 ago. 20];36(04):511-514. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;4;00004>.
6. Urbatsch AJ, Frieden I, Williams ML, Elewski BE, Mancini AJ, Paller AS. Dermatite Periorifical Extrafacial e Granulomatosa Generalizada. *Arch Dermatol*. [Internet]. 2002 [citado 2021 ago. 20];138(10):1354–1358. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/479016>
7. Fakh A, Makhoul R, Grozdev I. Dermatite periorifical granulomatosa infantil: relato de caso e revisão da literatura. *Dermatol Online J*. [Internet]. 2020 Dez [citado 2021 ago. 20];15;26(12):13030. Disponível em: <https://doi.org/10.5070/D32612051356>
8. Kim MS, Kim BS, Koh WS, Cho JJ, Chun DK. A case of granulomatous perioral dermatitis in childhood. *Korean J Dermatol*. [Internet]. 2000 [citado 2021 ago. 2021]; 38:526-529. Disponível em: <https://www.koreamed.org/SearchBasic.php?RID=2303285>

9. Marten RH, Presbury DG, Adamson JE, Cardell BS. Erupção facial papular e acneiforme incomum em criança negra. *Br J Dermatol*. [Internet]. 1974 Out [citado 2021 ago. 20];91(4):435-8. Disponível em: [10.1111/j.1365-2133.1974.tb13083.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.1974.tb13083.x)
10. Frieden IJ, Prose NS, Fletcher V, Turner ML. Dermatite perioral granulomatosa em crianças. *Arch Dermatol*. [Internet]. 1989 Mar [citado 2021 ago. 20];125(3):369-73. PMID: 2923443. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jannder.2017.03.018>
11. Knautz MA, Leshner JL Jr. Dermatite periorifical granulomatosa infantil. *Pediatr Dermatol*. [Internet]. 1996 Mar.-Abr. [citado 2021 ago. 20];13(2):131-4. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1470.1996.tb01419.x>
12. Acosta R, Rivelli V, Gorostiaga G, Celías L, Mendoza G, Aldama A. Dermatite granulomatosa periorifical da infância: descrição de um caso. *Dermatologia Cosmética, Médica e Cirúrgica*. [Internet]. 2014 [citado 2021 ago. 20];12(3):182-185. Disponível em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cosmetica/dcm-2014/dcm143f.pdf>
13. Castilho DE, La Roche EO, Palencia AB, Pareyon LA. Doença granulomatosa periorifical da infância. Estudo clínico de 10 casos. *Pele*. [Internet]. 2003 [citado 2021 ago. 20];18:359-63. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0213-9251\(03\)72732-4](https://doi.org/10.1016/S0213-9251(03)72732-4)
14. Tiengo A, Barros HR, Carvalho DB, Oliveira GM, Romiti N. Caso de diagnóstico. *Um Bras Dermatol*. [Internet]. 2013 [citado 2021 ago. 20];88:660-2. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20132021>