

DERMATITE PERIORAL GRANULOMATOSA COM ACOMETIMENTO EXTRA-FACIAL NA INFÂNCIA: BOA RESPOSTA TERAPÊUTICA COM USO DE AZITROMICINA ORAL

Granulomatous perioral dermatitis with extra-facial involvement in childhood: good therapeutic response with oral azithromycin

Ana Carolina Xavier Milagre^{a,*}, Ana Paula Moura de Almeida^a, Hudson Dutra Rezende^a, Liana Moura de Almeida^a, Maria Auxiliadora Peixoto Peçanha^a

RESUMO

Objetivo: Apresentar um caso de dermatite perioral granulomatosa (DPG) com acometimento extrafacial e resposta terapêutica satisfatória ao uso de macrolídeo oral por curto período.

Descrição do caso: Escolar de nove anos, sexo feminino, com quadro exuberante de DPG com acometimento extrafacial. Durante o período de evolução, submeteu-se a múltiplas terapêuticas ineficazes, apresentando melhora significativa das lesões após o uso de azitromicina por cinco dias.

Comentários: A DPG é uma afecção dermatológica inflamatória representada por erupções papuloeritematosas em região perioral, nasal e periorbitária, mais comum em crianças e adolescentes. Raramente estende-se à região genital, ao tronco e às extremidades, caracterizando o comprometimento extrafacial. De etiologia ainda desconhecida, parece apresentar correlação com uso de corticosteroides tópicos e outros agentes.

Palavras-chave: Criança; Dermatite perioral; Azitromicina.

ABSTRACT

Objective: To present a case of granulomatous perioral dermatitis (GPD) with extra-facial involvement and good response to short-term treatment with oral macrolide.

Case description: A 9-year-old girl presented with exuberant GPD with extra-facial involvement. During follow-up, she received multiple ineffective therapies, but showed significant improvement of the lesions after the use of azithromycin for five days.

Comments: GPD is an inflammatory dermatological condition represented by papulo-erythematous eruptions on perioral, nasal and periorbital regions, more prevalent in children and adolescents. It rarely extends to the genital region, trunk, and extremities, which characterizes its extra-facial manifestation. Its etiology is unknown, but it seems to have a correlation with the use of topical corticosteroids and other agents.

Keywords: Child; Perioral dermatitis; Azithromycin.

*Autor correspondente. E-mail: carol_milagre@hotmail.com (A.C.X. Milagre).

^aHospital Escola Álvaro Alvim, Campos dos Goytacazes, RJ, Brasil.

Recebido em 08 de maio de 2017; aprovado em 27 de agosto de 2017; disponível on-line em 21 de junho de 2018.

INTRODUÇÃO

A dermatite perioral granulomatosa (DPG), variante da dermatite perioral clássica, é uma doença inflamatória benigna que acomete crianças em idade pré-púbere. Clinicamente, caracteriza-se pela presença de micropápulas eritematosas monomórficas, geralmente assintomáticas, que afetam a região central da face com predileção pelas áreas ao redor das cavidades oral, nasal e orbitária.^{1,2} O acometimento extrafacial é raro, com poucos casos relatados na literatura com envolvimento de área genital, tronco superior, nuca e membros superiores.^{1,3,4}

De etiologia ainda controversa, possui curso limitado, porém, devido ao comprometimento facial e estético importante, na maioria dos casos opta-se pelo tratamento.

Assim, o objetivo deste estudo foi apresentar um caso de DPG com acometimento extrafacial e resposta terapêutica satisfatória ao uso de macrolídeo oral por curto período.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente do sexo feminino, nove anos de idade, melanodérmica, apresentou há um ano pápulas monomórficas e eritemato-descamativas agrupadas em região perioral e periorbitária, com evolução tardia para acometimento de região genital (Figuras 1A e 1B), sem outros comemorativos.

Devido à exuberância das lesões, a paciente apresentava importante limitação social, demonstrada por seu afastamento de



Figura 1 (A) Pápulas eritematosas agrupadas em região perioral, nasal e periorbitária; (B) lesões em região vulvar; (C) paciente após uso de azitromicina oral durante 5 dias.

grupos de recreação infantil, festas e ambiente escolar. Ao longo da evolução do quadro, múltiplos tratamentos foram instituídos, tais como corticosteroides, imidazólicos e imunomoduladores tópicos e antibioticoterapia sistêmica com cefalosporinas; no entanto, não houve remissão das lesões.

O exame histopatológico de fragmento cutâneo submentoniano revelou aspectos compatíveis com processo crônico granulomatoso. A derme apresentava-se edematosa com vasos congestos e com infiltrado linfocitário ao redor de folículos sebáceos, esboçando pequenos granulomas, com ocasionais neutrófilos de permeio (Figura 2).

A apresentação inicial foi desprovida de sintomatologia, porém, com a utilização prévia de múltiplos agentes tópicos, advieram irritação local e queixas de queimação e pinicação. Foi prescrito tacrolimus tópico a 0,03%, sob monoterapia, com melhora significativa do eritema após um mês de uso. O surgimento de novas lesões no tronco superior e no membro superior esquerdo, a despeito da resposta facial satisfatória à terapia instituída, levou à associação de azitromicina via oral, 320mg/dia por cinco dias, culminando com a remissão do quadro (Figura 1C).

DISCUSSÃO

Descrita inicialmente em 1970 por Gianott,⁵ quando este encontrou lesões granulomatosas em dermatite perioral de crianças, a DPG possui várias sinônimas: dermatite perioral de Gianott, erupção facial infantil afro-caribenha e dermatite periorifacial granulomatosa da infância.^{1,6}

Uma erupção cutânea acneiforme, micropapular, monomórfica, eritematosa de coloração avermelhada, podendo apresentar-se amarelo-amarronzada com descamação superficial fina, é

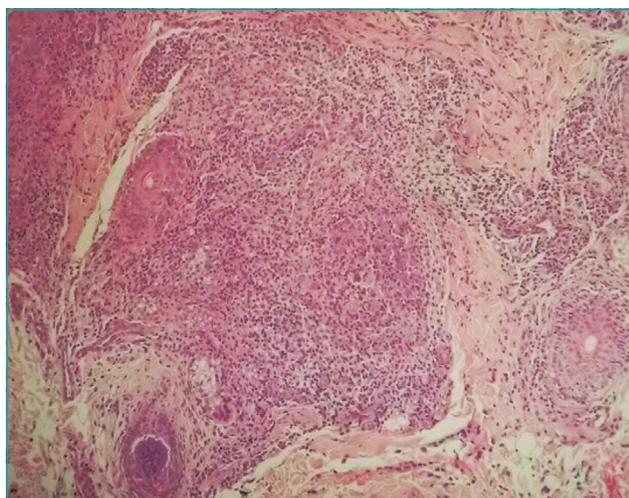


Figura 2 Infiltrado linfo-histiocitário ao redor de folículos pilossebáceos, esboçando pequenos granulomas. 107 x 84 mm (300 x 300 DPI).

descrita na DPG. As lesões são distribuídas ao redor da boca e donariz e raramente afetam outras partes do corpo, como pescoço, tronco superior, região genital ou de forma generalizada.⁷ Atingem crianças em idade pré-puberal, e há predomínio de relatos em pacientes da raça negra.⁸ A maioria dos casos apresenta resolução espontânea, sem deixar cicatrizes.⁹

A etiologia ainda é controversa, porém tem-se proposto alguns fatores que se relacionariam ao início dos sintomas, tais como agentes infecciosos (*Candida* spp, demodex), creme dental com flúor, gomas de mascar, amálgamas, mercúrio, radiação UVB e corticosteroides orais, tópicos e/ou inalatórios.^{9,10} No caso relatado, não há conhecimento do agente precipitador, porém acredita-se em piora do quadro inicial após utilização de corticoterapia tópica.

O diagnóstico é clínico, e não há relatos de acometimento sistêmico.⁹ A histopatologia é semelhante à encontrada nos casos de rosácea. São vistos infiltrados linfo-histiocitários perivasculares e perifoliculares com ectasia vascular. Quando aparecem granulomas, estes são descritos como estruturas tuberculoides dérmicas perifoliculares, sem necrose central, idênticas às da rosácea granulomatosa, uma variante rara de rosácea.^{8,9}

Apesar da semelhança histopatológica, os casos de rosácea granulomatosa diferem da DPG por possuírem curso evolutivo crônico, acometerem mulheres em meia-idade, não evoluírem clinicamente com pústulas e pápulas se localizarem na região lateral da face, pescoço e submandibular, além de poderem apresentar telangiectasias. Outro diagnóstico diferencial importante com a DPG é o lúpus miliar disseminado da face. Esse, entretanto, acomete adolescentes e adultos jovens, com pápulas distribuídas simetricamente na face, granuloma caseoso ao exame histopatológico e cura com formação de cicatrizes.¹ Ainda, outros diagnósticos diferenciais com a DPG devem ser considerados, tais como: dermatite de contato, acne, dermatite seborreica e sarcoidose.¹¹

O tratamento inicial consiste na retirada do agente precipitador, quando este for identificado. O uso de antibióticos tópicos, principalmente a loção ou o gel de metronidazol a 0,75-1,00%, tem sido a eleição na maioria dos casos.⁹ O uso de imunomoduladores, como tacrolimus ou pimecrolimus tópicos, também tem sido sugerido por alguns autores.^{9,10} Na paciente apresentada, optou-se pelo uso de tacrolimus tópico, devido à extensa descamação da lesão.

O imunomodulador apresenta veículo mais hidratante quando comparado ao metronidazol tópico, e devido à sua atividade imunomoduladora dispensa o uso de corticosteroides. Casos mais extensos podem necessitar de antibioticoterapia sistêmica, sendo propostas, em primeira linha, a tetraciclina, assim como as tetraciclinas de segunda geração (minociclina, limeciclina e doxiciclina associadas a agentes tópicos). Em casos

de contraindicação ao uso das tetraciclinas, como crianças menores de nove anos devido à descoloração do esmalte dentário e à má-formação óssea, o uso de macrolídeos como a eritromicina e a azitromicina tem apresentado bons resultados.⁹ A utilização de tais classes de antibióticos na DPG é justificada por sua ação anti-inflamatória, com modificações da quimiotaxia dos neutrófilos e da produção de citocinas pró-inflamatórias.¹² No caso em questão, optou-se pelo uso da azitromicina, pela idade da paciente e por sua farmacocinética, que permite

dosagem menos frequente e menor duração da terapia, o que foi observado, uma vez que a remissão das lesões ocorreu em um ciclo de curto período.

Financiamento

O estudo não recebeu financiamento.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Lee GL, Zirwas MJ. Granulomatous rosacea and periorificial dermatitis. Controversies and review of management and treatment. *Dermatol Clin*. 2015;33:447-55.
2. Moncourier M, Pralong P, Pinel N, Templier I, Leccia MT. Granulomatous periocular eruption. *Ann Dermatol Venereol*. 2017;144:430-3.
3. Urbatsch AJ, Frieden IJ, Williams ML, Elewski BR, Mancini AJ, Paller AS. Extrafacial and generalized granulomatous periorificial dermatitis. *Arch Dermatol*. 2002;138:1354-8.
4. Thomas C, Pride H, Tyler W. Granulomatous periorificial dermatitis with vulvar involvement in a 10-year-old girl. *JAMA Dermatol*. 2005;143(3):155.
5. Gianotti F, Ermacora E, Benelli MG, Caputo R. "Perioral dermatitis" in children and adults. *G Ital Dermatol Minerva Dermatol*. 1971;46:132.
6. Tiengo A, Barros HR, Carvalho DB, Oliveira GM, Romiti N. Case for diagnosis. *An Bras Dermatol*. 2013;88:660-2.
7. Acosta R, Rivelli V, Gorostiaga G, Celías L, Mendoza G, Aldama A. Dermatitis periorificial granulomatosa de la infancia: descripción de un caso. *Dermatología CMQ*. 2014;12:182-5.
8. Calzado L, Galera CM, Arrue I, Rodríguez Peralto JL, Guerra A, Vanaclocha F. Dermatitis perioral granulomatosa infantil. *Actas Dermosifiliogr*. 2004;95:580-2.
9. Castilho DE, La Roche EO, Palencia AB, Pareyon LA. Enfermedad granulomatosa periorificial de la infancia. Estudio clínico de 10 casos. *Piel*. 2003;18:359-63.
10. Nguyen V, Eichenfield LF. Periorificial dermatitis in children and adolescents. *J Am Acad Dermatol*. 2006;55:781-5.
11. Larralde M, Abad ME, Luna P, Plafnik R, Pagotto B. Periorificial dermatitis in children. *Dermatol Argent*. 2009;15:267-71.
12. Akhyani M, Ehnani AH, Ghiasi M, Jafari AK. Comparison of efficacy of azithromycin vs. doxycycline in the treatment of rosacea: a randomized open clinical trial. *Int J Dermatol*. 2008;47:284-8.