

<https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v67i5.9147>

Cubre bocas y eritrosis pigmentaria peribucal de Brocq

Facemask and erythrosis pigmentosa peribuccalis (Brocq disease).

Javier Bustos López,¹ Adameck Abraham Hernández Collazo,² Moisés Humberto Capilla García³

Estimados editores:

Ante la pandemia SARS-CoV-2 se ha recomendado el uso de mascarilla como medida de contención; sin embargo, la oclusión por su uso prolongado ha aumentado enfermedades cutáneas de la zona perioral y del tercio inferior de la cara debido al aumento de temperatura y humedad en la superficie cutánea causada por transpiración y aire espirado.¹ El aumento de temperatura ocasiona alteraciones en la tasa de excreción de sebo, que aumenta un 10% por cada grado que se eleva, además, incrementa la concentración de escualeno.¹ Las alteraciones en la tasa de excreción sebácea ocasionan disbiosis como aumento en la concentración de *Malassezia* condicionando melanosis seborreica (pigmentación) y *C. acnes* que ocasiona cambios inflamatorios y aumento del flujo vascular (alteraciones vasomotoras).² Los cambios en la secreción sebácea ocasionan escozor, prurito y rascado, que agrava enfermedades inflamatorias, pigmentarias y vasomotoras locales.³

La eritrosis peribucal pigmentaria medio-facial o *erythrose peribuccale pigmentaire* fue descrita por Brocq en 1923 en un grupo de pacientes con una placa de piel rugosa y seca, eritematosa y pigmentada alrededor de la boca y nariz descendiendo hacia el mentón.⁴ Posteriormente, Ormsby y Ebert presentaron las características clínicas de una enfermedad de predominio en mujeres con afección discrómica color marrón a amarillo-rojizo con eritema va-

¹ Médico pasante de Servicio Social, Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

² Dermatólogo, micólogo. Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Autónoma de Aguascalientes, Aguascalientes, México.

³ Residente de Medicina Interna, Hospital General de Zona núm. 1, IMSS, San Luis Potosí, México.

Recibido: septiembre 2022

Aceptado: noviembre 2022

Correspondencia

Adameck Abraham Hernández Collazo
adameckderma@gmail.com

Este artículo debe citarse como:
Bustos-López J, Hernández-Collazo AA, Capilla-García MH. Cubrebocas y eritrosis pigmentaria peribucal de Brocq. Dermatol Rev Mex 2023; 67 (5): 766-769.

riable y superficie escamosa o ecematosa con modificación de la calidad del sebo, de predominio peribucal, extendiéndose al mentón y los pliegues nasolabiales, simétrico y perfilado en los márgenes laterales, de extraordinaria resistencia al tratamiento y que causa escozor y ardor. Resalta un halo delgado, piel sin afectación alrededor de los labios. A pesar de no encontrar un origen patogénico en común en las pacientes, los autores describieron el origen vasomotor de la enfermedad. Primero, la discromía tiende a disminuir ante una presión diascópica, demostrando que es secundaria a una vasodilatación permanente con variaciones de intensidad frecuentes (*flushing*). Por otro lado, la enfermedad empeora ante la prueba de Goetsch, demostrando irritabilidad vasomotora a la respuesta simpática.⁵ Sézary y Civatte describieron sus características histológicas de eritrosis peribucal pigmentaria: aumento en células dendríticas con ausencia de alteraciones melanocíticas epidérmicas y más bien incontinencia de pigmento, asociada con hipervascularidad y leve infiltrado inflamatorio perivascular y perifolicular con engrosamiento de las paredes foliculares.⁶ Por tanto, su patogenia está relacionada con dos factores esenciales: microinflamación y disrupción vasomotora.^{5,6}

En 2016 Luna describió la similitud de los hallazgos dermatoscópicos entre eritrosis peribucal pigmentaria y queratosis pilar (otro trastorno de queratinización) como escama perifolicular, aperturas perifoliculares alargadas con tapones queratósicos rodeados por un borde de glóbulos gris pizarra en patrón anular granular, al igual que la mejoría clínica al tratamiento con ivermectina tópica al 5% y fotoprotección estricta.⁷

Debido a los escasos reportes, su causa no está completamente establecida; sin embargo, se ha relacionado con factores coadyuvantes, como el flujo seboreico aumentado, congestión vascular rosaceiforme y con factores externos,

como la radiación solar o el uso de fragancias, cosméticos y productos de uso común como la pasta de dientes.⁷

En el **Cuadro 1** se presentan nueve casos con características clínicas (**Figura 1**) y dermatoscópicas (**Figura 2**) descritas en eritrosis peribucal pigmentaria, sin alteraciones endocrinas y cuyo único antecedente fue el uso prolongado de cubrebocas.

En la eritrosis peribucal pigmentaria, los hallazgos dermatoscópicos e histológicos pueden orientar al abordaje terapéutico. Por un lado, al ser una alteración vasomotora, tendrá nulo efecto el tratamiento tópico despigmentante incluso con posibilidad de empeoramiento debido a agentes contactantes,⁸ por lo que en nuestros pacientes se decidió la administración de ácido tranexámico oral. El ácido tranexámico, además de sus efectos hemostáticos y vasculares, provee un efecto antiinflamatorio inhibiendo la unión del plasminógeno a queratinocitos que disminuye la producción de mediadores del ácido araquidónico y prostaglandinas que a su vez son estimuladores de melanocitos, ocasionando mejoría en la pigmentación.⁸ Por otra parte, la hiperqueratosis folicular fue tratada en 3 pacientes con dosis bajas de isotretinoína (40-60 mg/semana), que además disminuye las concentraciones de escualeno y ácidos grasos libres.⁹ Pueden agregarse inmunomoduladores tópicos como ivermectina o metronidazol,¹⁰ análogos de la vitamina D3 (calcipotriol) por su efecto antiangiogénico⁷ o ketoconazol tópico para reducir la hiperqueratosis.¹¹ Se recomienda la aplicación de emolientes fluidos de tercera generación no comedogénicos, evitar la fricción y medidas de higiene como cambio continuo de la mascarilla, aseo con dermolimpiadores suaves y agregar gasas al interior del cubrebocas que absorban el vapor exhalado por la boca y la transpiración. La eritrosis peribucal pigmentaria, al igual que el *maskne*, parece ser una enfermedad relacionada con la oclusión continua y persistente de

Cuadro 1. Características clínicas y dermatoscópicas de pacientes con eritrosis peribucal pigmentaria

Sexo/ edad	Hallazgos clínico-dermatoscópicos	Antecedentes	Tratamiento prescrito
M/24	Placa de superficie rugosa con eritema, escama y pústulas + hiperseborrea	Diagnóstico previo de rosácea actualmente sin tratamiento	ISO más metronidazol tópico
F/34	Placa de eritema, escama e hiperpigmentación, pústulas y pápulas	Melasma en tratamiento previo con cosmecéuticos	AT más ISO más IPL
F/45	Eritema y pigmentación perioral con halo alrededor de los labios (Figura 1A)	Ninguno	AT más ISO más metronidazol
F/48	Mancha hipercrómica en la zona perioral	Carcinoma ductal infiltrante en remisión	Ivermectina más ketoconazol
F/42	Manchas hipercrómicas marrón claro a gris con base eritematosa	Melasma en tratamiento previo con despigmentantes tópicos (hidroquinona en crema)	AT más IPL más ketoconazol
F/28	Aperturas foliculares dilatadas y pigmentación perifolicular en patrón anular granular no melanocítico (Figura 2A)	Uso de protector solar mineral	AT más ISO más IPL
F/19	Manchas simétricas hipercrómicas marrón claro con escama (Figura 1B) A la dermatoscopia: telangiectasias, alargamiento de orificios foliculares y halo perifolicular gris (Figura 2B)	Uso diario de maquillaje de alta cobertura	AT más IPL más metronidazol
F/52	Manchas rojizas con halo alrededor de los labios	Terapia hormonal de reemplazo por síndrome climatérico	AT más IPL más ivermectina
F/26	Hiperqueratosis e hiperpigmentación perifolicular (Figura 2C)	Uso previo de crema con hidroquinona	AT más IPL más ketoconazol

ISO: isotretinoína oral; AT: ácido tranexámico oral; IPL: luz pulsada intensa.



Figura 1. Mancha eritematosa y pigmentada color marrón rojizo de superficie áspera en la zona del mentón; resalta el halo de piel no afectada alrededor de la mucosa labial.



Figura 2. Dermoscopia de luz polarizada que muestra áreas de eritema, alargamiento de aperturas foliculares con pigmentación perifolicular no melano-cítica en patrón anular granular (A), abundantes telangiectasias (B) e hiperqueratosis perifolicular (C).

las mascarillas, por lo que su frecuencia se verá en aumento mientras existan las medidas de contingencia.^{1,3}

REFERENCIAS

- Han C, Shi J, Chen Y, Zhang Z. Increased flare of acne caused by long-time mask wearing during COVID- 19 pandemic among general population. *Dermatol Ther* 2020; e13704. doi: 10.1111/dth.13704.
- Chen YE, Fischbach MA, Belkaid Y. Skin microbiota–host interactions. *Nature* 2018; 553: 427-436. <https://doi.org/10.1038/nature25177>.
- Gomolin TA, Cline A, Russo M. Maskne: exacerbation or eruption of acne during the COVID-19 pandemic. *J Skin* 2020; 4: 438-439. <https://doi.org/10.25251/skin.4.5.7>.
- Brocq L. L'erythrose pigmentée péri-buccale. *Presse Med* 1923; 13: 728-729.
- Ormsby OS, Ebert L. Erythrose peribuccale pigmentaire de Brocq. *Arch Dermatol Syphil* 1931; 23: 429-436. doi:10.1001/archderm.1931.03880210022002.
- Sézary A, Civatte A, Lefevre P, Combe E. Dermatose pigmentée médio-faciale (forme extensive de la dermatite pigmentée péri-buccale de Brocq). *Bull Soc Franc Derm Syph* 1931; 38: 770- 773.
- Luna PC, Abad ME, González VM, Vigovich F, Casas JG, Larralde M. Erythrosis pigmentosa peribuccalis in an adolescent: dermoscopic description and management. *Pediatr Dermatol* 2016; 33: e65-e68. doi: 10.1111/pde.12756.
- Bala HR, Lee S, Wong C, Pandya AG, Rodrigues M. Oral tranexamic acid for the treatment of melasma: a review. *Dermatol Surg* 2018; 44: 814- 825. doi: 10.4103/ijid.ijd_266_22.
- Abdelmaksoud A, Lotti T, Anadolu R, Goldust M, Ayhan E, Dave DD et al. Low dose of isotretinoin: A comprehensive review. *Dermatol Ther* 2020; 33: e13251. doi: 10.1111/dth.13251.
- Pradhan S, Madke B, Kabra P, Lata-Singh A. Anti-inflammatory and immunomodulatory effects of antibiotics and their use in dermatology. *Indian J Dermatol* 2016; 61: 469- 481. doi: 10.4103/0019-5154.190105.
- Vandeplassche L. Anti-inflammatory effects of ketconazole: Clinical benefits in the treatment of seborrheic dermatitis. *J Am Acad Dermatol* 2007; 56: AB77. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2006.10.371>.