

Síndrome de Gianotti-Crosti o acrodermatitis papulosa infantil. Presentación de un caso

Gianotti-Crosti syndrome or infantile papular acrodermatitis. Presentation of a case

Catherine Cecilia Córdova-Vera¹, Erick A. Bravo²

RESUMEN

El síndrome de Gianotti-Crosti, también denominado acrodermatitis papulosa infantil, es un síndrome infrecuente en la infancia. Se trata de un exantema pápulo-vesicular asintomático, autolimitado, de distribución simétrica, en las zonas extensoras de los miembros superiores e inferiores, la cara y glúteos, respetando mayormente tórax. Se presenta generalmente en niños de 1 a 7 años. Presentamos el caso de un paciente con síndrome de Gianotti-Crosti.

PALABRAS CLAVE: Síndrome Gianotti-Crosti, acrodermatitis papular

DERMATOL PERU 2015; 25 (1): 44-46

ABSTRACT

The Gianotti-Crosti syndrome, also known as papular acrodermatitis is an uncommon syndrome in childhood. It is a papulo-vesicular asymptomatic rash, symmetrically distributed on extensor areas of upper and lower limbs, face and buttocks, mostly respecting chest. It usually occurs in children between 1-7 years. We present a case of a patient with symptoms of Gianotti-Crosti syndrome.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Gianotti - Crosti (SGC), también conocido como acropapulosis papulosa infantil o acrodermatitis papulosa, es un síndrome relativamente infrecuente descrito por primera vez por Gianotti y Crosti en 1955¹. Se presenta mayormente en niños de edades comprendidas entre los 1 a 7 años, sin predilección por etnia o género². Se caracteriza por la aparición aguda de lesiones papulares o papulovesículas, las cuales pueden distribuirse simétricamente en la cara, superficies de extensión de las extremidades y nalgas,

respetando mayormente tórax¹. No suele afectar el estado general, aunque a veces sí puede presentar fiebre, falta de apetito, cansancio, malestar o infección de las vías respiratorias en días previos^{1,2}. Se desarrolla en 4 a 5 días, tiende a desaparecer progresivamente en el curso de 3 a 4 semanas, aunque hay casos en que puede extenderse hasta los dos meses.

REPORTE DE CASO

Paciente varón de sexo masculino de 7 años, natural de Lima, quien presentó cuadro de faringoamigdalitis aguda dos semanas antes del ingreso, caracterizado por malestar general, fiebre, odinofagia, tos seca y congestión nasal, recibiendo tratamiento sintomático con Paracetamol. Una semana después se añadió a este cuadro una erupción papular eritematosa localizada en miembros superiores e inferiores con leve prurito, por lo que acude al servicio de Dermatología.

Al examen físico se evidenció lesiones papulares de 1-2 mm eritematosas, localizadas en dorso de ambas manos (Figura 1) y zonas extensoras de ambos miembros superiores (Figura 2), asimismo también en zonas extensoras de miembros inferiores (Figura 3). No se presentaron en cara ni en tórax.

1. Departamento de Dermatología, Hospital Militar Central, Lima- Perú.
2. Instituto de Investigaciones Clínicas – Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima - Perú.



Figura 1. Lesiones papulares eritematosas en el dorso de la mano, formando placas simétricas papulares.



Figura 3. Lesiones papulares eritematosas en la pierna.



Figura 2. Lesiones papulares eritematosas en el antebrazo.

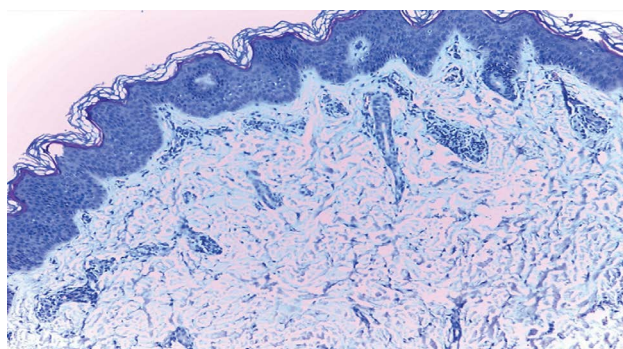


Figura 4. Infiltrado inflamatorio mononuclear perivascular superficial.

Exámenes de laboratorio mostraron ASO positivo, hemograma y perfil hepático sin alteraciones y serología para Virus de Hepatitis A, B, C, Epstein-Barr y Toxoplasma negativo.

Se realizó estudio histológico de las lesiones en el que se evidenció epidermis sin alteraciones con presencia de infiltrado inflamatorio perivascular en la dermis superficial (Figura 4).

DISCUSIÓN

El SGC es considerado una respuesta cutánea no específica a una variedad de infecciones bacterianas y virales³, actualmente, numerosos estudios confirman que el virus de Epstein-Barr es la causa más frecuente.⁴

Pueden estar implicados otros agentes. En 1970 se realizaron estudios en los que se asociaba el síndrome con el virus de la Hepatitis B (VHB). En 1992 se realizó un estudio retrospectivo en el que se analizaron 308 casos donde se encontró que había asociación con VHB en menos de 25% de los casos estudiados⁵. Hay distintos estudios y reportes de casos en los que se demuestra la relación de otros agentes como citomegalovirus (CMV), herpesvirus 6 y 7, Coxsackie A16, B4, B5, rotavirus, parvovirus B19, virus sincicial respiratorio, echovirus, parainfluenza, HIV y bacterias como *Bartonella henselae*, *Streptococcus beta-hemolitico* y *Mycoplasma pneumoniae*.^{6,7}

Se ha descrito casos de SGC posterior a inmunizaciones con la vacuna triple viral (parotiditisrubéola- sarampión), DPT (difteria-pertussis-tétanos), influenza, hepatitis A y

BCG (tuberculosis)⁷⁻⁹, y últimamente descrita también con inmunización por H1N1¹⁰, lo que indicaría que las lesiones del SGC pueden ser una consecuencia de la antigenemia viral o de complejos inmunes circulantes.³

En el caso clínico que presentamos, el paciente tenía solo lesiones papulares en las zonas de extensión, y las lesiones eran asintomáticas. Puede presentarse en algunos casos prurito y asociarse la presencia de fiebre, adenopatías cervicales, inguinales o axilares, así como hepatomegalia, esplenomegalia y hepatitis anictérica⁸. El cuadro clínico puede estar precedido por una infección del tracto respiratorio superior o diarrea y las erupciones se resuelven normalmente a las 3 semanas.

No suele recomendarse la realización de serologías de manera rutinaria, aunque sí habrá que pedir las en función de la clínica acompañante. Los hallazgos de laboratorio varían de linfopenia a linfocitosis moderada. En nuestro caso los exámenes de laboratorio no contribuyeron en el diagnóstico ya que fue clínico.

En los casos relacionados con EBV se puede encontrar monocitosis^{6,11}. Los valores aumentados de enzimas hepáticas deben hacer sospechar una probable relación etiológica con EBV o CMV.^{4,6}

En la histopatología se puede evidenciar infiltrado leve a moderado de linfocitos e histiocitos en la dermis superficial y media, como también espongiosis focal, exocitosis linfocitaria y paraqueratosis.¹²

Los diagnósticos diferenciales son con la acrodermatitis enteropática, eritema infeccioso, eritema multiforme, síndrome pie-mano-boca, púrpura de Schönlein-Henoch, enfermedad de Kawasaki, liquen plano, urticaria papular, síndrome papular purpúrico en guante y calcetín y escabiosis.¹³

Ya que el SGC tiene curso benigno y autolimitante, no requiere de tratamiento, sin embargo, los antihistamínicos orales y antipiréticos pueden ser prescritos para mejorar la

simptomología en los pacientes, asimismo pueden utilizarse corticoides tópicos de baja potencia para mejorar las lesiones de la propia enfermedad¹¹. Se ha reportado también la buena eficacia de Rivavirina en casos de SGC.^{14,15}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Niklitsche S, Romero W, Zegpi M. Síndrome de Gianotti-Crosti: reporte de dos casos y Revisión de la literatura. *Rev. Ped. Elec*: 2011; 8(3): 0718-0918
2. Ricci G, Patrizzi A, Neri I, Specchia F, Tosti G, Masi M. Gianotti-Crosti Syndrome and Allergic Background. *Acta Derm Venereol* 2003; 83: 202-5
3. Erkek E, Senturk GB, Ozkaya O, Bukulmez G. Complicaciones en el síndrome de Gianotti-Crosti. *Pediatr Dermatol* 2001; 18(6): 516-8
4. Gümüş P, Tekşam O, Akıncı H, Boztepe G, Kara A. Gianotti-Crosti syndrome as the only manifestation of primary Epstein-Barr virus infection: a case report. *The Turkish Journal of Pediatrics* 2008; 50: 302-304
5. Caputo R, Gelmetti C, Ermacora E, Gianni E, Silvestri A. Gianotti-Crosti syndrome: a retrospective analysis of 308 cases. *J. Am. Acad. Dermatol.* 1992; 26(2 Pt 1): 207-210.
6. Lima D, Rocha D, Miranda M. Síndrome de Gianotti-Crosti: aspectos clínicos, laboratoriais e perfis sorológicos observados em 10 casos procedentes de Belém-PA (Brasil). *An bras Dermatol.* 2004; 79(6): 699-707
7. Balevicienė G, Vilnius L, Maciulevicienė R, Schwartz R. Papular Acrodermatitis of Childhood: The Gianotti-Crosti Syndrome. *Pediatric Dermatology.* 2001; 67: 291-294.
8. Chuh AT. Truncal lesions do not exclude a diagnosis of Gianotti-Crosti syndrome. *Australas. J. Dermatol.* 2003; 44(3): 215-216
9. Monastirli AI, Varvarigou A, Pasmatzis E, Y Col. Gianotti-Crosti Syndrome after Hepatitis A Vaccination. *Acta Derm Venereol* 2007; 87: 34-6
10. Kroeskop A, Lewis A. Gianotti-Crosti syndrome after H1N1-influenza Vaccine. *Pediatric Dermatology* 2011; (28): 595-596
11. Chuh AA. Diagnostic criteria for Gianotti-Crosti syndrome: a prospective case-control study for validity assessment. *Cutis.* 2001; 68(3): 207-213.
12. Kathleen J. Smith, MC, Henry Skelton. Histopathologic features seen in Gianotti-Crosti syndrome secondary to Epstein-Barr virus. *J Am Acad Derm* 2000; 46 (8); 1076 -1079
13. Chuh A, Vijay Z, Law M, Sciallis G. Gianotti-Crosti syndrome, pityriasis rosea, asymmetrical periflexural exanthem, unilateral medi thoracic exanthem, eruptive pseudoangiomatosis, and papular-purpuric gloves and socks syndrome: a brief review and arguments for diagnostic criteria. *Infectious Disease Reports* 2012; 4:e12
14. Chuh A, Vijay Z, Law M, Sciallis G. Gianotti-Crosti syndrome, pityriasis rosea, asymmetrical periflexural exanthem, unilateral medi thoracic exanthem, eruptive pseudoangiomatosis, and papular-purpuric gloves and socks syndrome: a brief review and arguments for diagnostic criteria. *Infectious Disease Reports* 2012; 4:e12
15. Vijay Zavar, Antonio Chuh, Efficacy of ribavirin in a case of long lasting and disabling Gianotti-Crosti syndrome. *J Dermatol Case Rep* 2008; 2(4): 63-66.

Correspondencia: Dra. Catherine Cecilia Córdova Vera
Catherine.cordova89@gmail.com

Recibido: 04-02-15
Aceptado: 25-02-15