

Síndrome de Gianotti-Crosti: reporte de un caso clínico

MÉNDEZ CASTRO, JOSÉ DE JESÚS^{1*}, MÉNDEZ CASTRO JUAN MANUEL²,
MUÑOZ DELGADO BEATRIZ SARAI¹, ESQUERRA CAZARES KARIME³,
CRUZ FUENTES PAULINA⁴, YUDOVICH VIRSUB MARTÍN⁵

¹ FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD POPULAR AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA,
21 SUR 1103 COLONIA SANTIAGO, PUEBLA, PUEBLA, MÉXICO.

² FACULTAD DE MEDICINA BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA,
C. 4 SUR 104, CENTRO HISTÓRICO DE PUEBLA, 72000, PUEBLA, PUEBLA, MÉXICO.

³ FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE GUADALAJARA,
AV. PATRIA 1201, LOMAS DEL VALLE, 45129, ZAPOPAN, JALISCO, MÉXICO.

⁴ FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE TAMAULIPAS,
CENTRO UNIVERSITARIO TAMPICO MADERO S/N, UNIVERSIDAD PONIENTE, 89336 TAMPICO, TAMAULIPAS, MÉXICO.

⁵ BAYLOR COLLEGE OF MEDICINE, TEXAS CHILDREN'S HOSPITAL, 6621 FANNIN ST, HOUSTON, 77030, TEXAS, ESTADOS UNIDOS.

Autor de correspondencia: Méndez Castro José de Jesús *josedejesus.mendez@upaep.edu.mx

Teléfono: +1 713 865 6348

Dirección: Río Pánuco 6104 colonia San Manuel, Puebla, México. C.P. 72570

RESUMEN

El síndrome de Gianotti-Crosti es un raro exantema benigno y autolimitado frecuentemente presentado en niños menores de 6 años. El objetivo de este trabajo es describir un caso inusual en un paciente pediátrico. Se presenta un adolescente de 16 años con múltiples lesiones acrales, papulovesiculares, eritematosas y pruriginosas, sin otros síntomas. Los estudios de laboratorio sugirieron una etiología viral no complicada, complementando el diagnóstico clínico. Su tratamiento incluyó loratadina de 10 mg/día y crema humectante. Es importante reconocer esta enfermedad, ya que es comúnmente confundida y tratada incorrectamente.

Palabras clave: Gianotti-Crosti, dermatología, pediatría, eritema maculopapular.

ABSTRACT

Gianotti-Crosti syndrome is a rare, benign, and self-limiting exanthem frequently seen in children under six years old. The objective of this study is to describe an unusual case in a pediatric patient. A 16-year-old adolescent presented with multiple acral, papulovesicular, erythematous, and pruritic lesions, with no other symptoms. Laboratory tests suggested an uncomplicated viral etiology, supporting the clinical diagnosis. Treatment included loratadine 10 mg/day and a moisturizing cream. Recognizing this disease is important, as it is often misdiagnosed and improperly treated.

Keywords: Gianotti-Crosti, Dermatology, Pediatrics, Maculopapular erythema.

Introducción

En pediatría los cuadros dermatológicos pueden con frecuencia representar un gran desafío diagnóstico, debido a la similitud en sus manifestaciones clínicas, a pesar de tener distintas etiologías que pueden pasar desapercibidas. Este trabajo tiene como objetivo describir un caso de Síndrome de Gianotti-Crosti o Acrodermatitis Papular de la Infancia, una entidad poco frecuente caracterizada por la aparición de lesiones papulares o papulovesiculares de uno a diez milímetros, de distribución simétrica en al menos tres de las siguientes regiones: superficie extensora de antebrazos y piernas, mejillas y nalgas. Estas lesiones persisten por al menos diez días.^{1,2}

La prevalencia e incidencia del síndrome no han sido bien establecidas, en parte debido a su baja frecuencia y a un subdiagnóstico frecuente. Su etiología es multifactorial, siendo asociada con diversas infecciones virales, siendo el virus de Epstein Barr, el agente más común después de la implementación de la vacuna contra la hepatitis B.³ Otros virus involucrados incluyen Citomegalovirus, Coxsackie Virus, Adenovirus, Influenza, Enterovirus, VIH, herpes virus 6, parvovirus B19, poxvirus, virus sincitial respiratorio, rotavirus, parainfluenza, paperas, Covid-19 entre otros.^{2,4,5} También se ha reportado su aparición posterior a la administración de vacunas como DPT, BCG, poliomielitis, hepatitis B, fiebre amarilla, sarampión y COVID-19.⁶⁻⁸

A pesar de tratarse de una enfermedad benigna y autolimitada, su presentación puede llegar a ser alarmante tanto para los pacientes y sus familiares como para los médicos. Un conocimiento adecuado de esta patología es fundamental para mejorar el diagnóstico diferencial y evitar tratamientos innecesarios o potencialmente perjudiciales.

Presentación del caso clínico

Paciente masculino de 16 años acompañado de su madre se presenta a la consulta de pediatría, refiriendo tener varias lesiones papulares pruriginosas y eritematosas no pustulosas en piernas, brazos y en glúteos de forma simétrica respetando cara, pecho, espalda, palmas de las manos y plantas de los pies. No se menciona otra sintomatología característica y afirman que estas lesiones que aparecieron una semana anterior a la consulta (ver figura 1 y 2), a la exploración física no se encuentran adenopatías, alteraciones neurológicas, cardio respiratorias o gastrointestinales ni masas palpables en abdomen. Debido a la inquietud que les ocasionó esta situación, la madre del paciente menciona haber acudido a un centro de cuidado de urgencias (*Urgent Care Center*) 3 días posteriores a la aparición de las lesiones, en la ciudad de Houston Texas, donde sin haber obtenido un diagnóstico claro, fue referido a la sala de emergencias (*Emergency Room*), a la cual acudió al día siguiente, y nuevamente no recibió un diagnóstico definitivo, sin embargo se le administró una inyección intramuscular de 4 mg de dexametasona y le fueron prescritos 20 mg de prednisona vía oral por siete días.



Figura 1. Lesiones papulares eritematosas en antebrazos y dorso de las manos de aproximadamente 3 milímetros de diámetro presentadas en forma simétrica.



Figura 2. Lesiones en papulares eritematosas de aproximadamente 5 milímetros de diámetro en ambos miembros inferiores, siendo mayormente visibles en la pierna izquierda.

Se destaca que el paciente niega antecedentes de importancia tales como la exposición a otras personas enfermas, mascotas, hospitalizaciones previas o conductas sexuales de riesgo, pero menciona tener una vida sexual activa. El paciente se encuentra al corriente con su esquema de vacunación actual correspondiente al del sistema de salud de Estados Unidos, previo a las inmunizaciones que corresponden a los 16 años de edad en este país, siendo la vacuna contra el meningococo la última en ser administrada cinco años previos a esta consulta, a la edad de 11 años. El paciente afirma tener alergia a las moras azules y además niega antecedentes personales patológicos de importancia.

Al momento de la consulta, se tomó una biometría hemática, la cual reveló una leve linfopenia de 1170 células por micro litro (1200-5200 células/ μ L), cuenta eritrocitaria de 5.23 millones/ μ L, hemoglobina de 14.6 g/dL, hematocrito e 43.6%; MCV de 83.4 fL, MCH de 27.9 pg, MCHC de 33.5 g/dL, RDW de 14.1%, cuenta plaquetaria de 341,000 células/ μ L, MPV de 11.5 fL, Neutrófilos absolutos de 3901 células/ μ L, Linfocitos absolutos de 1980 células/ μ L, monocitos absolutos de 449 células/ μ L, eosinófilos absolutos de 0 células/ μ L y basófilos absolutos de 33 células/ μ L. El perfil lipídico mostró valores de triglicéridos de 116 mg/dL, colesterol total de 153 mg/Dl, colesterol HDL de 40 mg/dL, Colesterol LDL 82 mg/dL. El “panel metabólico” mostró resultados de 102 mg/dL

de glucosa, nitrógeno uréico de 13 mg/dL. Creatinina de 0.66 mg/dL, sodio de 138 mmol/L, potasio de 4.3 mmol/L, cloro de 102 mmol/L, dióxido de carbono de 30 mmol/L, calcio de 9.4 mg/dL, proteínas totales de 7.1 g/dL, albúmina de 4.2 g/dL, Globulina de 2.9 g/dL, bilirrubina total de 0.3 mg/dL, fosfatasa alcalina de 248 U/L, AST de 13 U/L, ALT de 13 U/L. Los valores de TSH fueron de 1.15 mUI/L. Cabe destacar que estos laboratorios forman parte de la evaluación rutinaria que se realiza en los adolescentes de esta edad en Estados Unidos. También debido a la solicitud de la madre, la cual presentaba una gran preocupación debido a la vida sexual activa de su hijo, se realizaron estudios de antígenos de VIH y de amplificación mediada por transcripción de RNA para la detección de *Chlamydia Trachomatis* y *Neisseria Gonorrhoeae*, los cuales resultaron negativos. No se tomaron estudios de gabinete en este paciente.

Se llegó a la conclusión de que el paciente presentó el síndrome de Gianotti Crosti, debido a la forma característica de las lesiones que presentó. Se tomaron en cuenta y se descartaron distintos diagnósticos diferenciales para esta patología, tales como la escabiosis, la cual tiende a aparecer generalmente en muñecas, axilas y genitales, además de que las pápulas de la escabiosis tienen trayectos subcutáneos y son de características distintas⁹. La enfermedad de mano-pie-boca se descartó porque estas se presentan en la localización antes mencionada en forma de vesículas. También se consideró y descartó el eritema infeccioso, pues este se presenta en patrón de mejillas abofeteadas, seguido de erupción en tronco y extremidades, las cuales no se presentaron en este caso. Se descartó urticaria papular debido a la no exposición a insectos y a que esta se puede presentar de forma axial en vez de acral, como es el caso del síndrome de Gianotti Crosti¹. Se descartó el eritema multiforme debido a que las lesiones en esta se presentan en forma de diana, lo cual no corresponde con la presentación. Se descartó dermatosis liquenoides y vasculitis por IgA debido a que la forma de las máculas así como su coloración son distintas pues suelen ser purpúricas y acompañarse de otros síntomas sistémicos.

Debido a todo lo anterior, que se debe de tomar en cuenta al momento de hacer un diagnóstico,¹⁰ y a la ausencia de otros síntomas agregados la toma de una biopsia fue diferida debido a su alto costo y poca necesidad, pues el diagnóstico de este síndrome es principalmente clínico. Como parte del tratamiento se le prescribió al paciente una tableta de Claritin (loratadina) de 10 mg al día y se le recomendó el uso de una crema humectante sobre las lesiones para aliviar las molestias, este manejo se indicó debido a que no existe tratamiento específico para esta patología^{1,10}. Además se le explicó al paciente y a su madre que debían de suspender el uso de los esteroides que fueron prescritos previamente y que debido a la ingesta de los mismos se diferirían la administración de las vacunas de meningococo y de meningitis para la siguiente semana en su consulta de seguimiento.

Por último, mencionar que el exantema y el prurito que presentó el paciente remitió de forma espontánea 15 días posteriores a su aparición, por lo reportado en su consulta de seguimiento 10 días posteriores a la primera vez que fue atendido en el servicio, sin dejar cicatrices, haber tenido complicaciones o haber dejado algún tipo de secuela mayor.

Discusión

Casos como el presentado representan un reto en la práctica clínica diaria, ya que el síndrome de Gianotti-Crosti puede confundirse fácilmente con otras patologías, incluso llegando a este diagnóstico, determinar la etiología causal puede resultar complicado. En el caso de este paciente destaca no solo la rareza de la enfermedad sino que también su presentación en un adolescente, lo cual es inusual. Aunque la mayoría de la literatura concuerda en que este síndrome es más frecuente en niños menores de 6 años, se han reportado casos en edades más avanzadas e incluso de forma crónica^{2,11,12}.

Durante la consulta, se interrogó al paciente y a su madre acerca de los posibles factores causales. Juntos con los hallazgos de laboratorio y la observación de las lesiones se pudo llegar al diagnóstico, el cual fue esencialmente clínico, no obstante, no fue posible determinar etiología específica. Se descartó una reacción secundaria a una vacuna dado que estas suelen presentarse de forma aguda, como en casos reportados posterior a la administración de vacunas

contra el COVID-19, contra la fiebre amarilla o la hepatitis B^{3,6,8,13}. Además los estudios de laboratorio no mostraron alteraciones sugestivas de una infección viral específica. En particular la ausencia de monocitosis marcada sugirió que posiblemente no era debido a una infección por el Virus de Epstein Barr, una de las etiologías más frecuentemente asociadas al síndrome.^{2,3} Al igual que las otras pruebas serológicas las cuales no arrojaron resultados positivos descartando VIH, Clamidia y Gonorrea. Por lo anterior se sospecha que la etiología causal de este síndrome pudo haber sido una infección viral leve como las causadas por Adenovirus, Enterovirus o incluso por un Picornavirus no detectado.

Debido a la baja frecuencia de esta enfermedad, existen pocos estudios con muestras significativas que orienten su manejo así como la determinación de su fisiopatología, además de que los hallazgos en las biopsias tomadas suelen ser bastante heterogéneos e inespecíficos.⁷ Uno de los estudios más amplios a pesar de su antigüedad, fue realizado por Caputo y cols. en 1992,⁵ en la cual analizaron retrospectivamente 308 casos atendidos en un hospital de Italia durante tres décadas, sugiere que la variabilidad en la presentación clínica depende más de factores individuales que del agente infeccioso causal.

El abordaje diagnóstico de esta patología incluye la realización de la historia clínica detallada y enfocada en encontrar una etiología causal, exploración física y estudios complementarios, tales como la biometría hemática y serologías virales^{1,2,10}. En el caso de este paciente, dada su evolución benigna y ausencia de complicaciones, no se consideró necesario realizar pruebas adicionales, ya que estos no habrían modificado el pronóstico y habrían representado un costo innecesario para el paciente y su familia. Si bien la falta de confirmación etiológica representa una limitación en este reporte, ya que impide ampliar el conocimiento sobre la asociación del síndrome con agentes específicos o con poblaciones atípicas como la de este caso, contribuye como una oportunidad educativa para reconocer su presentación y reforzar la importancia del diagnóstico clínico en enfermedades dermatológicas, que frecuentemente suelen ser atendidas por médicos de primer contacto. Reconocer esta patología es clave para evitar diagnósticos erróneos y tratamientos innecesarios, como el que este paciente tuvo antes de acudir

a consulta en nuestro centro. El tratamiento recomendado por otro lado, incluye el manejo sintomático con antihistamínicos y emolientes ^{3,7,10}. Por otro lado, los corticoides no están indicados en el manejo de esta patología, dado que no han reportado acortar la duración del cuadro ni mejorar los síntomas al ser comparados con casos con los que no hayan sido administrados, por lo que en caso de recurrir a ellos optar por una presentación tópica pudiera ser más adecuado en casos severos, ² no obstante no existe evidencia suficiente para respaldar esta idea.

Conclusiones

El caso de este adolescente con Síndrome de Gianotti-Crosti revela la necesidad de estar familiarizado con esta patología y su posible presentación atípica en un grupo etario distinto a los pediátricos menores de seis años. Su correcta identificación, la cual puede presentarse como un reto en la práctica clínica, nos puede ayudar a evitar tratamientos excesivos e innecesarios, así como para tranquilizar a los pacientes y sus familias explicando la benignidad y autolimitación de este padecimiento. Su manejo debe centrarse en el alivio sintomático y la observación, además de la previa verificación del estado de vacunación y una cuidadosa historia clínica.

Recomendaciones

Como parte del manejo es importante recordar educar a los pacientes acerca de la naturaleza benigna y autolimitada del padecimiento, pues esto puede reducir drásticamente la ansiedad y preocupación de los pacientes. El uso de un tratamiento sintomático y el aconsejar al paciente el evitar el rascado puede ayudar a prevenir una sobreinfección y complicación de este padecimiento.

Agradecimientos

Al equipo de enfermeras y asistentes de la clínica pediátrica, Iliana, Elva, Ana, Stephanie, Claudia y Anahí por su cooperación en el manejo del paciente.

Financiamiento

Este trabajo no requirió financiamiento.

Declaraciones de conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

La realización de este reporte de caso involucra una investigación sin riesgo o con riesgo mínimo, debido a que no se realizaron ningún tipo de maniobras invasivas o experimentales tanto para su diagnóstico como para su tratamiento. Se garantizó el cuidado y la confidencialidad de los datos del paciente, así como la toma del consentimiento informado correspondiente.

Bibliografía

1. Oboli VN, Ebong IL, Tejada Amaro O, Regis JA, Waseem M. Gianotti-Crosti Syndrome: A Benign Dermatoses. *Cureus*. 2023; 15(6):e40328.
2. Afonso A, Cachão J, Pinto Junior VL, Gouveia T. Gianotti-Crosti syndrome: a challenging exanthema. *BMJ Case Rep*. 2021;14(4):e240747.
3. Leung AKC, Sergi CM, Lam JM, Leong KF. Gianotti-Crosti syndrome (papular acrodermatitis of childhood) in the era of a viral recrudescence and vaccine opposition. *World J Pediatr*. 2019; 15(6):521-7.
4. Swali RN, Lee EB, Adams JL. Gianotti-crosti syndrome in the setting of recent coronavirus disease-19 infection. *Pediatr Dermatol*. 2021;38(3):629-31.
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):207-10.
6. Leal SBC, Balconi SN, Cafrune FE. Gianotti-Crosti syndrome and yellow fever vaccine: unprecedented reaction. *Int J Dermatol*. 2021;60(6).
7. Pestana M, Araújo Carvalho R, Valejo Coelho MM, Esteves G. Gianotti-Crosti Syndrome of Atypical Location in an Adult Following SARS-CoV-2 Vaccination. *Actas Dermosifiliogr*. 2023;114(3):T274-6.
8. Yuksel Bulut H, Arslan H, Ertugrul A, Oz FN, Ulusoy Severcan E, Bostanci I. Successful revaccination of a child with Gianotti-Crosti syndrome following diphtheria tetanus and rabies vaccinations. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2023;11(8):2611-3.
9. Fayos-Gregori R, Alonso-Fernández G, Mansilla-Polo M. Gianotti-Crosti syndrome mimicking scabies. *Infection*. 2024; 52, 1707-1708.
10. Neves IM, Nogueira MV, Patraquim C, Alves MC. Gianotti-Crosti syndrome: a frequent but underdiagnosed rash. *BMJ Case Rep*. 2021;14(8):e244988.
11. Dupont F, Aubry A, Lanoix JP, Demey B. Cytomegalovirus-Associated Gianotti-Crosti Syndrome in 28-Year-Old Immunocompetent Patient. *Pathogens*. 2022;11(11):1338.
12. Chin LD, Liy-Wong C. A rare case of chronic Gianotti-Crosti syndrome: A case report. *SAGE Open Med Case Rep*. 2023;11:2050313X2311642.
13. Janßen S, Homey B, Meller S. Gianotti-crosti syndrome after COVID-19 vaccination. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023;37(2).