

Caso Clínico

Síndrome de Gianotti-Crosti e infección por varicela

M. DEL REAL LLORENTE*, A. OTERO RODRÍGUEZ**

*Centro de Salud "Jardinillos", Palencia. **Centro de Salud "La Victoria", Valladolid.

RESUMEN

Los síndromes papulovesiculosos acrolocalizados están constituidos por enfermedades cuyas lesiones tienen una morfología bastante similar y de diferente etiopatogenia, no bien conocida en algunos de ellos. Dentro de las acropapulosis de la infancia se engloba la enfermedad de Gianotti-Crosti en relación con el virus de la hepatitis B. Comunicamos un caso de acropapulosis infantil en un varón de cinco años con la peculiaridad de que a los catorce días del inicio de las lesiones debuta un exantema variceloso.

Palabras Clave: S. Gianotti-Crosti; Varicela; Acropapulosis infantil; API.

GIANOTTI-CROSTI SYNDROME AND INFECTION BY CHICKEN POX.

ABSTRACT

The acrolocalized papuloviscular syndromes are made up of diseases in which the lesions have a very similar morphology and different etiopathogeny which is not well known in some of them. Within the childhood acropapulosis, the Gianotti-Crosti disease in relation to the hepatitis B virus is included. We report a case of childhood acropapulosis in a five-year old boy with the characteristic that at fourteen days of the onset of the lesions, a varicelous exanthem began.

Key Words: S. Gianotti-Crosti; Chicken pox; Childhood acropapulosis; IAP.

INTRODUCCIÓN

En 1955 Gianotti y Crosti describen una acrodermatitis papulosa en la infancia, entidad clínica bien diferenciada. Son pápulas monomorfas de localización en cara y zonas acras de miembros, de distribución simétrica, que evoluciona en un brote único a lo largo de 2-4 semanas, no recidivante, sin prurito, acompañada de linfadenopatía periférica y de hepatitis, con frecuencia anictérica, de tal forma, que en las series iniciales hasta en un 89% de los casos se demostraba el antígeno de superficie para el virus de la hepatitis B⁽¹⁾. Actualmente este proceso se conoce como enfermedad de Gianotti-Crosti.

Con posterioridad, estos mismos autores diferencian una acrodermatitis muy similar a la anterior, algo más polimorfas las lesiones, frecuentemente acompañadas de prurito, más frecuente en primavera y otoño, pero cuya diferencia fundamental estriba en ser HBsAg negativa. Se ha relacionado con infecciones víricas del tipo de la mononucleosis infecciosa por virus de Epstein-Barr^(2,3), también con citomegalovirus, coxsackie A16, adenovirus⁽⁴⁾, VIH⁽⁵⁾, herpesvirus-6⁽⁶⁾, virus de la parotiditis⁽⁷⁾ y otras sin causa demostrada⁽⁸⁻¹⁰⁾. Se las denomina Síndrome de Gianotti-Crosti.

Aportamos un caso de Síndrome de Gianotti-Crosti en relación con una infección de varicela.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 5 años de edad, primer hijo de una serie de

Correspondencia: M. del Real Llorente. C/Catedral 7,1ºC. 47002 VALLADOLID

Recibido: Marzo 1998 Aceptado: Abril 1998

tres, sin antecedentes familiares ni personales de interés. Escolarizado desde los tres años, se han producido varios casos de varicela en el colegio desde los últimos dos meses. Consulta por presentar una erupción de elementos papulares de pequeño tamaño, eritematosos, moderadamente pruriginosos en la superficie de extensión de los dedos y el dorso de la mano. Existe algún elemento aislado en rodillas. Se le recomienda tratamiento sintomático del prurito con antihistamínicos orales. A los cinco días consulta de nuevo por haber aparecido nuevos elementos a lo largo de la superficie extensora de ambos antebrazos, nalgas, muslos y mejillas, de distribución simétrica, sin febrícula ni afectación del estado general, no apreciándose hepatomegalia ni ninguna otra alteración en la exploración física. Con la sospecha de síndrome de Gianotti-Crosti se remite a los dermatólogos, que corroboran el diagnóstico, y se asocia tratamiento esteroideo tópico en dorso de manos y dedos. Se realizan pruebas hepáticas que fueron normales y serología de hepatitis B que fue negativa.

A los catorce días del inicio del proceso aparece febrícula, hiporexia y unas lesiones en tronco maculo-eritematosas, que evolucionan a vesículas y posteriormente costra, de forma, que en el momento de la consulta se encuentran los tres tipos de elementos. Se distribuyen en tronco y cabeza preferentemente, así como en manos, muy pruriginosas, con pequeñas adenopatías cervicales rodaderas, y alguna afta en mucosa oral, todas ellas características de varicela. Las lesiones de las manos llegaron a ser muy numerosas, confluentes, con gran componente edematoso. La evolución del niño fue favorable, más lenta en las manos, en las que algún elemento se sobreinfectó, persistiendo posteriormente cicatrices hipercrómicas que se han ido aclarando de forma paulatina.

Pasadas 2 semanas del inicio del exantema variceloso en el paciente, y con el intervalo de tres días, sus dos hermanos desarrollaron lesiones propias de varicela, que en ambos casos evolucionaron favorablemente. En ninguno de ellos aparecieron lesiones de acrodermatitis papulosa, ni en el período de incubación ni con posterioridad.

DISCUSIÓN

Queremos comunicar un nuevo caso de acrodermatitis papulosa infantil sin relación con infección por virus de la

hepatitis B, pero sí con el período de incubación de una infección vírica como es la varicela, sin que conozcamos otros casos con esta relación.

Queremos hacer constar el incremento de la intensidad de las lesiones en manos, así como su evolución más prolongada, posiblemente en relación con el tratamiento esteroideo previo.

Si bien inicialmente el síndrome de Gianotti-Crosti se puso en relación con el período de incubación de la hepatitis B, y hacia allí encaminamos nuestros estudios, ya desde hace tiempo ha ido comunicándose su relación con otras infecciones víricas: frecuentemente con mononucleosis infecciosa por virus de Epstein-Barr^(2, 3), pero también con citomegalovirus, coxsackie, parainfluenza^(1, 4, 7) e incluso infecciones bacterianas^(4-7, 10).

En nuestro paciente, coincidiendo con otros autores⁽¹¹⁾, la aparición de la acrodermatitis papulosa parece más relacionada con las particularidades de la respuesta del huésped a la infección vírica que con las peculiaridades del propio virus, puesto que los otros dos hermanos afectados de varicela, uno de ellos de cinco meses de edad, y cuya muy probable vía de contagio fue el paciente inicial no desarrollaron en ningún momento de su evolución lesiones de acrodermatitis papulosa.

Dado que no es posible la diferenciación por las peculiaridades clínicas entre enfermedad o síndrome^(8, 10, 11), y la relevancia que puede tener la asociación con infección por virus de la hepatitis B, tanto para el propio paciente por la frecuencia con que evoluciona como hepatitis crónica persistente, como para la comunidad, creemos que se deben de realizar estudios analíticos, encaminados a descartar su asociación, sin olvidar la relación con otros tipos de infecciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nagington, J; Rook, A; Highet, AS: "Virus and related infections". En: *Textbook of Dermatology*. Rook, A; Wilkinson, D S; Ebling, FIG; Champion, RH; Burton, JL; ed. Blackwell scientific, Oxford, 1986, 4ª edición: 657-723.
2. Santos Sánchez, JC; García Parrón, A; Pastor Bevia, E; Bravopiris, J; Salazar-Villalobos, V: "Acrodermatitis papulosa de la infancia, como síndrome de Gianotti-Crosti". *An Esp Pediatr*, 1985; 22:407-410.

3. Gómez Carrasco, JA; Mosquera Villaverde, C; Sánchez Obregón, M; Fidalgo Alvarez, I: "Acrodermatitis papular asociada a primoinfección por el virus de Epstein-Barr". *An Esp Pediatr*, 1989; **31**:473-474.
4. Zambrano, A; Lopez-Barrantes, V: "Acropapulosis infantiles". En *Dermatología Pediátrica*, ed Jims, Barcelona, 1991:65-68.
5. Blauvelt, A; Turner, ML: "Gianotti-Crosti syndrome and human immunodeficiency virus infection". *Arch Dermatol* 1994; **130** (4):481-483.
6. Yasumoto, S; Tsujita, J; Imayama, S; Hori, Y: "Case report: Gianotti-Crosti syndrome associated with human herpesvirus-6 infection". *J Dermatol* 1996; **23** (7):499-501.
7. Hergueta, R; Pozo, L; Alejo, A; Romero, J; González, J: "Síndrome de Gianotti-Crosti debido a infección mixta producida por el virus de la parotiditis y el virus parainfluenza tipo 2". *An Esp Pediatr* 1996; **44**:65-66.
8. Elorza Arizmendi, JFJ; Guillen Barona, C; Rodriguez Serna, M; Leon Sebastián, P; Alvarez Angel, V: "Síndrome de Gianotti-Crosti". *An Esp Pediatr* 1992; **37**:245-247.
9. Giménez García, R; Giménez García, MC; Llorente de la Fuente, A: "Síndrome de Gianotti-Crosti no asociado a hepatitis B". *Act Ped Esp* 1991; **49**:351-353.
10. Draelos, ZK; Hansen, RC; James, WD: "Gianotti-Crosti syndrome associated with infections other than hepatitis B". *JAMA* 1986; **256**:2386-2388.
11. 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**(2Pt1):207-210.