

R. Hergueta Lendínez, L. Pozo García\*,  
A. Alejo García, J. Romero Cachza,  
J. González Hachero

*An Esp Pediatr 1996;44:65-66.*

### Introducción

Desde que inicialmente fuese descrita como una nueva entidad clínica por Gianotti y Crosti<sup>(1,2)</sup>, la acrodermatitis papulosa infantil se ha relacionado desde el punto de vista etiológico con diversas infecciones, sobre todo de origen vírico.

Presentamos el caso de un lactante con un síndrome de Gianotti-Crosti debido a una infección mixta producida por el virus de la parotiditis y el virus parainfluenza tipo 2.

### Observación clínica

Varón de 10 meses de edad, sin antecedentes personales de interés, que presenta cuadro febril y exantema cutáneo de 3 días de evolución.

### Exploración física:

Buen estado general; febril (38,8°C, t.<sup>a</sup> axilar); faringe hiperémica; tímpanos deslustrados sin abombamiento. Microadenopatías laterocervicales e inguinales. Abdomen blando y depresible sin visceromegalias. Exantema micropapuloso, confluyente, que afecta simétricamente a cara y extremidades, incluido palmas de las manos y plantas de los pies, respetando el tronco y las mucosas. Lesiones cutáneas de rascado.

### Exámenes complementarios:

Hemograma: 17.800 leucocitos, 61% segmentados, 32% linfocitos; 2% monocitos, 5% eosinófilos; serie roja y plaquetaria, normales. Transaminasas: GOT, 2 U/L y GPT, 15 U/L. Resto de la bioquímica normal. Serología frente al virus de la hepatitis B, citomegalovirus y virus de Epstein Barr, negativos. Título de anticuerpos frente al virus de la parotiditis y el virus parainfluenza tipo 2 (IFI), negativos en el momento del diagnóstico; a los 15 días, título frente al virus de la parotiditis de 1/256 y frente al virus parainfluenza tipo 2, de 1/64.

### Evolución:

Las lesiones cutáneas tienden a hacerse purpúricas y liquefoides y se hacen más confluentes en los próximos días.

Unidad de Infecciosos, Servicio de Pediatría. \*Servicio de Dermatología. Hospital Universitario «Virgen de la Macarena». Sevilla.

Correspondencia: Rufino Hergueta Lendínez.

Macarena Tres Huertas 21 - 2º D, 41009 Sevilla.

Recibido: Mayo 1994

Aceptado: Octubre 1994

## Síndrome de Gianotti-Crosti debido a infección mixta producida por el virus de la parotiditis y el virus parainfluenza tipo 2

Subjetivamente son pruriginosas, pues aparecen nuevas lesiones de rascado. Al quinto día de iniciarse la erupción desaparece la fiebre. Poco después las lesiones cutáneas comienzan a descamarse y desaparecen en dos o tres días.

### Discusión

En 1955 Gianotti describió una nueva entidad clínica en niños caracterizada por una erupción cutánea monomorfa, eritemopapulosa, simétricamente distribuida en cara, nalgas y miembros y una linfadenitis generalizada<sup>(1)</sup>. Posteriormente, junto a Crosti, publican nuevos casos y precisan mejor las características de la nueva enfermedad, así como su probable etiología infecciosa y la denominan acrodermatitis papulosa infantil (API)<sup>(2)</sup>. En estos primeros casos se observó la frecuente asociación de una hepatitis aguda anictérica al cuadro dermatológico<sup>(3)</sup>. En 1970 se establece la relación de la API con el virus de la hepatitis B simultáneamente por Gianotti<sup>(4)</sup> y un grupo de peditras milaneses<sup>(5)</sup>. Sin embargo, había otros pacientes afectados de un cuadro dermatológico similar en los que la serología frente al virus de la hepatitis B era negativa (HBsAg-); Gianotti considera que estos pacientes presentan un cuadro clínicamente distinto a la API, incluso en las características de la erupción cutánea y habla de síndromes papulovesiculares acrolocalizados (SPVA)<sup>(6)</sup>.

Posteriores comunicaciones relacionaron esta nueva entidad clínica con otros virus, además del VHB, entre los que destacan, por ser más frecuentes, el VEB y CMV<sup>(7)</sup>; también se ha relacionado con el virus Coxsackie B<sup>(7)</sup>, Coxsackie A-16<sup>(8)</sup>, Echovirus<sup>(7)</sup>, virus de la hepatitis A<sup>(9)</sup>, virus parainfluenza<sup>(10)</sup>, virus sincitial respiratorio<sup>(10)</sup>, parvovirus B-19<sup>(11)</sup>, vacunación antivariólica<sup>(12)</sup>, vacunación BCG, antipoliomielítica y toxoplasmosis<sup>(13)</sup>. Finalmente, otros casos quedan sin un diagnóstico etiológico específico<sup>(14)</sup>.

El caso presentado pensamos que tiene el interés de estar producido por dos paramyxovirus: el virus parainfluenza y el virus de la parotiditis. De este último no tenemos noticia de que se haya relacionado anteriormente con el síndrome de Gianotti-Crosti.

Algunos autores prefieren distinguir la enfermedad de Gianotti-Crosti (API asociada a VHB) y los cuadros sindrómicos producidos por otros virus (SPVA) o de etiología conocida<sup>(7,15)</sup>. Recientemente ha sido realizada una revisión retrospectiva de la experiencia de la escuela dermatológica de Milán

y sus autores llegan a la conclusión de que dicha diferenciación no es posible y proponen utilizar sólo el término genérico de síndrome de Gianotti-Crosti, independientemente de cuál sea su etiología y forma de presentación<sup>(16)</sup>.

En los casos asociados a infección por VHB, el enfermo suele sufrir una hepatitis aguda anictérica de carácter benigno. Un tercio de los pacientes puede permanecer con transaminasas elevadas durante meses o años. Algunos casos presentan hepatitis persistente o crónica activa, siendo realmente excepcional las formas de evolución fatal<sup>(17)</sup>. Por ello, ante la sospecha clínica se debe estudiar la serología frente al VHB y el nivel de transaminasas, y hacer un adecuado seguimiento según los resultados obtenidos.

Se debe considerar el diagnóstico de síndrome de Gianotti-Crosti en todo niño con una dermatitis acrolocalizada, simétricamente distribuida en cara y extremidades, con lesiones eritematosas monomorfas, papulares o papulovesiculares, que constituirán la respuesta cutánea frente a diversas infecciones víricas. La mayoría de ellas tendrá un curso benigno y autolimitado, desapareciendo en pocas semanas<sup>(16)</sup>.

## Bibliografía

- 1 Gianotti F. Rilievi di una particolare casuistica tossinfettiva caratterizzata da una eruzione eritemato infiltrativa desquamativa a focali lenticolari, a sede elettiva acroesposta. *Ital Dermatol Venereol* 1955;**96**:678-697.
- 2 Crosti A, Gianotti F. Dermatosis infantile eruttiva acroesposta de probabile origine virosica. *Minerva Dermatol* 1956;**31**(Supl 12): 483-507.
- 3 Gianotti F. L'épate anictérique virale nell'acrodermatite papulosa infantile. *Epatologia* 1966;**12**:171.
- 4 Gianotti F. L'acrodermatite papulosa infantile «malattia». *Gazz Sanitaria* 1970;**41**:271-274.
- 5 De Gasperi G, Bardere M, Constantino D. Au antigen in Crosti-Gianotti acrodermatitis. *Lancet* 1970;**1**:1116.
- 6 Gianotti F. Papular acrodermatitis of childhood and other papulovesicular acrolocated syndromes. *Br J Dermatol* 1979;**100**:49-59.
- 7 Taïeb A, Plantin P, Du Pasquier P, Guillet G, Maleville J. Gianotti-Crosti syndrome: a study of 26 cases. *Br J Dermatol* 1986;**115**:49-59.
- 8 Jaumes WD, Odom RB, Hatch MH. Gianotti-Crosti like eruption associated with Coxsackievirus A-16 infection. *J Am Dermatol* 1982;**6**:862-866.
- 9 Sagi EF, Linder N, Shouval D. Papular acrodermatitis of childhood associated with hepatitis A virus infection. *Pediatr Dermatol* 1985;**3**:31-33.
- 10 Spear KL, Winkelmann RK. Gianotti-Crosti syndrome: A review of ten cases associated with hepatitis B. *Arch Dermatol* 1984;**120**:891-896.
- 11 Borreda D, Palomera S, Gilbert B, Linehardt A, De Lumley L. A propos de vingt-quatre observations d'infections à parvovirus human B-19 chez l'enfant. *Ann Pediatr Paris* 1992;**39**:543-549.
- 12 Schiuma AA, Pierini AM, Stringa SG, Galimberti RL. Síndrome de Gianotti-Crosti: revisión de 18 casos. *Med Cut ILA* 1993;**21**:59-61.
- 13 Desmons F, Huriez CL, Struyve J, Bombart M. A propos du syndrome de Gianotti-Crosti. *Bull Soc Franc Dermat Syph* 1969;**76**:801-803.
- 14 Elorza Arizmendi JFJ, Guillén Barona C, Rodríguez Serna M, León Sebastián P, Alvarez Angel V. Síndrome de Gianotti-Crosti. *An Esp Pediatr* 1992;**37**:245-247.
- 15 San Joaquín VH, Marks MI. Gianotti disease or Gianotti-Crosti syndrome?. *J Pediatr* 1982;**101**:216-217.
- 16 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**:207-210.
- 17 Pouillaude JM, Moullin G, Mozlat CL, François R. L'Acrodermatite érythémato-papuleuse infantile de Gianotti-Crosti. Discussion de ses rapports nosologiques avec l'hépatite virale. A propos d'une observa-