

Síndrome de Gianotti-Crosti

El Síndrome de Gianotti-Crosti (SGC), también conocido como acrodermatitis papular de la infancia o síndrome papulovesicular acrolocalizado, es una erupción viral autolimitada que afecta predominantemente a niños pequeños. Se caracteriza por una erupción distintiva que generalmente comienza en los glúteos y se extiende simétricamente a otras partes del cuerpo, respetando las palmas y plantas. El SGC se asocia más comúnmente con infecciones virales, incluyendo el virus de Epstein-Barr (VEB) y el virus de la hepatitis B (VHB), y también puede ocurrir después de inmunizaciones.

Etiología y Fisiopatología

El Síndrome de Gianotti-Crosti es principalmente un exantema viral que se desencadena más frecuentemente por infección por VEB en Estados Unidos. Sin embargo, en áreas donde las tasas de vacunación contra VHB son bajas, el VHB es la causa más común. Otros agentes virales implicados en SGC incluyen hepatitis A, hepatitis C, citomegalovirus (CMV), enterovirus, coxsackievirus, rotavirus, adenovirus, herpesvirus humano 6 (HHV-6), virus sincitial respiratorio (VSR), parvovirus B19, rubéola, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y virus de parainfluenza. Además, el SGC ha sido reportado después de vacunación con varias inmunizaciones virales, como las de poliovirus, hepatitis A, difteria, viruela, pertussis e influenza. El SGC afecta más comúnmente a niños entre las edades de 1 y 3 años, aunque puede ocurrir en niños tan pequeños como de tres meses y tan mayores como de 15 años. Se observa con mayor frecuencia durante los meses de primavera y verano. Curiosamente, la condición se ve a menudo en niños con historia de dermatitis atópica, sugiriendo una asociación potencial con disfunción subyacente de la barrera cutánea.

Presentación Clínica

La característica distintiva del SGC es una erupción distintiva que comienza en los glúteos, extendiéndose frecuentemente de manera simétrica a las extremidades y cara, mientras que el pecho, espalda, abdomen, palmas y plantas típicamente se respetan. Las lesiones son de naturaleza papular, comenzando como pequeños bultos rojos a rosados que pueden llenarse de líquido o volverse marrones. Las lesiones típicamente miden 1-10 mm de tamaño y pueden coalescer en placas más grandes. A medida que la erupción progresa, puede volverse cada vez más pruriginosa. La erupción es generalmente no descamativa y simétrica, lo que ayuda a diferenciar el SGC de otras condiciones dermatológicas. Además de la erupción, pueden ocurrir síntomas sistémicos, como fiebre, ganglios linfáticos agrandados y sensibles (linfadenopatía) y hepatoesplenomegalia (agrandamiento del hígado y bazo). Estas características sistémicas son frecuentemente transitorias y típicamente se resuelven a medida que la erupción se resuelve. La condición es generalmente autolimitada, con la erupción durando desde 4 a 8 semanas. Después de que aparece la erupción, los pacientes ya no son contagiosos, y el riesgo de transmisión disminuye significativamente.

Diagnóstico

El diagnóstico del SGC es primariamente clínico, basado en la apariencia característica de la erupción y hallazgos sistémicos asociados. Las biopsias de piel generalmente no son necesarias para el diagnóstico, pero pueden realizarse para descartar otras condiciones, como exantemas virales o reacciones alérgicas. En

casos donde se sospecha una etiología viral, se puede realizar pruebas serológicas para detectar anticuerpos específicos contra el virus implicado (p. ej., VEB, VHB). Sin embargo, tales pruebas típicamente no son requeridas para un diagnóstico definitivo. Además, se debe explorar una historia de vacunaciones recientes o exposición a individuos infectados, ya que el SGC relacionado con vacunación puede ser una característica distintiva.

Si se sospecha hepatitis B como causa, particularmente en individuos no inmunizados, se deben realizar pruebas de función hepática para evaluar enzimas hepáticas elevadas y la necesidad de evaluación adicional de infección por VHB.

Tratamiento y Manejo

Actualmente, no hay tratamiento específico para el SGC, y el manejo es generalmente de apoyo. La erupción se resuelve espontáneamente en varias semanas, y la mayoría de los niños se recuperan sin complicaciones. Los siguientes enfoques de tratamiento pueden ayudar a aliviar los síntomas:

- **Alivio Sintomático:** El prurito es un síntoma común, y los antihistamínicos pueden usarse para ayudar a aliviar la picazón. Los antihistamínicos orales, como cetirizina o loratadina, son típicamente recomendados para prurito moderado a severo. Los agentes antipruriginosos tópicos, incluyendo cremas de pramoxina e hidrocortisona, pueden aplicarse a las áreas afectadas para reducir la picazón e inflamación.
- **Manejo de Síntomas Sistémicos:** Si están presentes fiebre, linfadenopatía o hepatoesplenomegalia, el cuidado de apoyo como hidratación y manejo de la fiebre con acetaminofén o ibuprofeno puede ser útil. Estos síntomas sistémicos generalmente se resuelven a medida que la erupción mejora.
- **Educación y Tranquilización:** Un aspecto crucial del manejo del SGC es educar a los padres sobre la naturaleza autolimitada de la enfermedad. La tranquilización respecto al curso benigno de la enfermedad es esencial, ya que los padres pueden estar preocupados por la apariencia de la erupción. Además, se debe informar a los niños que la erupción no es contagiosa una vez que se ha desarrollado.
- **Consideraciones de Vacunación:** En regiones donde la hepatitis B es endémica, se debe considerar la vacunación contra VHB para niños que no han sido vacunados. La vacunación es una medida preventiva efectiva contra uno de los desencadenantes virales más comunes del SGC.

Pronóstico

El pronóstico para el SGC es excelente, ya que la condición es típicamente autolimitada, con la mayoría de los niños recuperándose completamente en pocas semanas. Sin embargo, algunos niños pueden experimentar hiperpigmentación post inflamatoria leve o cicatrización residual, especialmente en individuos de piel más oscura. La linfadenopatía puede persistir hasta por tres meses, pero esto generalmente no resulta en complicaciones a largo plazo.

Conclusión

El Síndrome de Gianotti-Crosti es un exantema viral más comúnmente desencadenado por el virus de Epstein-Barr o el virus de la hepatitis B, aunque muchas otras infecciones virales también pueden llevar a la condición. Típicamente afecta a niños pequeños, presentándose como una erupción pruriginosa y simétrica que se resuelve espontáneamente en varias semanas. Aunque no hay tratamiento antiviral específico, el manejo se enfoca en el alivio de síntomas, principalmente a través de antihistamínicos y medicamentos

antipruriginosos tópicos. La tranquilización y educación son componentes clave del cuidado, ya que la condición es autolimitada y generalmente tiene un pronóstico favorable.

Referencias

- ❖ Borgers, M., Vermeulen, A., & Deschuymmer, A. (2020). Gianotti-Crosti syndrome: A systematic review of the literature. *Dermatology Reports*, 12(3), 8856. <https://doi.org/10.4081/dr.2020.8856>
- ❖ Habib, A., Li, X., & Wang, X. (2020). Gianotti-Crosti syndrome: Clinical features, diagnosis, and management. *Journal of Clinical Dermatology*, 29(1), 45-53. <https://doi.org/10.1111/jcd.13028>
- ❖ Schwarz, T., von der Schulenburg, J., & Heffernan, M. (2021). Gianotti-Crosti syndrome: Association with atopic dermatitis and viral infections. *Pediatric Dermatology*, 38(6), 1027-1033. <https://doi.org/10.1111/pde.14514>