



RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

RELATO DE CASO

Síndrome de Gianotti Crosti: Relato de caso

Jéssica Sari¹, Tatiana Kurtz², Alice Hoerbe¹, Camila Bock Silveira¹, Luísa Assoni Santin¹, Camila Voos³

Palabras-clave:

acrodermatitis,
dermatología,
niño,
prurito.

Resumen

La Síndrome de Gianotti Crosti es una enfermedad rara y autolimitada. Se caracteriza por erupción papular simétrica, con una distribución acral (cara, región glútea y en las extremidades), con predominio en niños de dos a seis años de edad. El caso trata de N. R. B. L., sexo femenino, 8 meses, peso 8 kg, nacida de parto vaginal, a término, sin interurrencias. Las lesiones se iniciaron en la cara y se distribuyeron para tronco y miembros inferiores. Se caracterizaban por pápulas, con posterior formación de costras por el rascado. El diagnóstico de esa dermatitis es clínico. Exámenes de laboratorio se solicitaron para ayudar a descartar otras causas, detectar una infección viral que puede haber sido el factor desencadenante de la dermatitis y elucidar mejor el diagnóstico final.

¹ Estudiante de la Carrera de Medicina de la UNISC.

² Profesora del carrera de medicina de la UNISC.

³ Residente de la Pediatría - Hospital Santa Cruz.

Dirección:

Jéssica Sari.

Universidade de Santa Cruz do Sul. Av. Brasil, nº 1306, Barrio Universitario, CEP: 96815-900. Santa Cruz do Sul - RS, Brasil.

INTRODUCCIÓN

N. R. B. L., sexo femenino, 8 meses, peso 8 kg, nacida de parto vaginal, a término, sin intercorrenncias. Lactante sibilante con dos internaciones previas y relato de anemia en ambas internaciones. Acompañada por la madre, internó en la unidad pediátrica de un hospital en el interior del estado de Rio Grande do Sul, el día 23/02/14, por presentar lesiones de piel, pruriginosas, con evolución de 1 mes (Figuras 1 e 2).



Figura 1. Lesiones en la cara.



Figura 2. Lesiones en la mano derecha.

Las lesiones, según relato de la madre, se iniciaron en la cara y se distribuyeron, posteriormente, para tronco y miembros inferiores. Se caracterizaban como pápulas, con posterior formación de costras por el prurito manifestado pela paciente. Niega fiebre y contacto con personas con lesiones de piel. Buena aceptación de dieta, hábitos fisiológicos preservados. Refiere exposición diaria a alérgenos (humo de cigarro y horno a leña).

Madre buscó atención médica dos veces, realizando dos cursos irregulares con cefalexina, sin mejora significativa. Refiere que consultó con médico dermatólogo, que suspendió el uso del antibiótico e inició tratamiento con prednisolona y dexclorfeniramina, obteniendo mejora.

Exámenes del 17/02/2014: leucocitos 18.100/mm³, hemoglobina 8,8 g/dl, hematocrito el 27,1%, VCM 68 g/dl, HCM 22 pg, RDW 16%, plaquetas 340.000/mm³, PCR 62(valor de referencia > 0,6, es decir, positivo).

Exámenes 23/02/2014: leucocitos 21.500/mm³, hemoglobina 10,6 g/dl, hematocrito el 31,5%, VCM 69 g/dl, HCM 23,5 pg, RDW 16%, plaquetas 271.000/mm³, PCR < 0,6 (negativa).

Al examen físico se presentaba colaborativa, en buen estado general, acianótica, anictérica, con mucosas húmedas, coloradas y sin lesiones a la oroscopia. Membrana timpánica íntegra, sin arqueamiento y ausencia de hiperemia de conducto a la otoscopia. Aparato cardiovascular, pulmonar y examen del abdomen sin alteraciones. Perineo con extensa hiperemia en área de doblar.

En la admisión hospitalaria se solicitó evaluación de dermatólogo, se firmó el diagnóstico de Síndrome de Gianotti Crosti o Acrodermatitis papulosa infantil. Madre relató, durante la evaluación, ser portadora de hepatitis C y no realizaba tratamiento. Por ser una dermatitis de reacción a algunos virus, se solicitaron serologías anti- VIH, anti-HCV, VDRL y HbsAg, cuyo resultado fue negativo. Se inició corticoide sistémico (Prednisolona) por 10 días, al que se seguiría el uso de corticoide tópico (mometasona crema) por más 7 días. Paciente recibió alta con orientación sobre el curso arrastrado del cuadro y orientada a consultar en la Estrategia de Salud de la Familia de referencia para evaluar la evolución clínica.

DISCUSSIÓN “FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA”

La Síndrome de Gianotti-Crosti (SGC), conocida como Acrodermatitis Papulosa Infantil, es una enfermedad rara y autolimitada. Su incidencia y prevalencia son desconocidas, visto que la enfermedad es subdiagnosticada, siendo muchas veces clasificada como erupción viral o exantema viral inespecífico. Se caracteriza por erupción papular simétrica con una distribución acral (cara, región glútea y en las extremidades), con predominio en niños de dos a seis años de edad^{1,2}.

Las manifestaciones clínicas inician por señales y síntomas de infección respiratoria alta. El estado general se mantiene inalterado u ocurren síntomas inespecíficos, como malestar, fiebre, náuseas y vómitos. Las lesiones cutáneas en general son asintomáticas, raramente pruriginosas, y poseen de 1 a 10 mm de diámetro, pudiendo fundirse en placas. Puede ocurrir linfadenopatía y más raramente hepatoesplenomegalia y/o cuadro de hepatitis anictérica aguda^{1,3}.

Exámenes de laboratorio no tienen importancia en el diagnóstico, pudiendo ocurrir apenas discreta linfocitosis

o linfopenia. Biopsia de la lesión es innecesaria, pero se puede realizar si el diagnóstico es confuso. Las alteraciones histopatológicas de lesiones son inespecíficas e incluyen espongiosis focal y paraqueratosis con infiltrados linfocitarios perivasculares en la dermis superior².

Como diagnóstico diferencial, se debe incluir eritema infeccioso u otros exantemas virales, eritema multiforme, síndrome mano-pié-boca, urticaria papular, escabiosis, liquen plano difuso y erupciones cutáneas de drogas^{3,4}.

La SGC generalmente ocurre asociada a una enfermedad viral, principalmente el virus de la hepatitis B (HBV) y Epstein-Barr (EBV). Otros agentes pueden estar asociados, pero como menor incidencia, como enterovirus, citomegalovirus, parvovirus, virus parainfluenza, virus de la hepatitis A, rotavirus, molusco contagioso, virus sincicial respiratorio, virus de la inmunodeficiencia humana, entre otros¹.

La SGC posee un excelente pronóstico. La remisión espontánea de la enfermedad es esperada, pero puede prolongarse, durando por 10 días a 6 meses. La hiperpigmentación y las cicatrices no son permanentes. El tratamiento realizado

es de soporte, con sintomáticos y antihistamínicos. El corticoide se puede utilizar, pero no posee evidencias claras en la resolución de la enfermedad. Se debe orientar a los padres en cuanto a la evolución lenta benigna de la enfermedad^{1,3,4}.

REFERENCIAS

1. Chuh A. Gianotti-Crosti syndrome (papular acrodermatitis). Levy ML, Edwards MS, Ofori AO, eds. UpToDate [Acesso 3 Mar 2014]. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/gianotti-crosti-syndrome-papular-acrodermatitis?source=search_result&search=gianotti+crosti&selectedTitle=1~7
2. Lima, DA, Rocha, DM, Miranda, MFR. 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.
3. Paller AS, Mancini AJ. Tratado de Doenças da Pele na Infância e na Adolescência. Hurwitz Dermatologia Pediátrica 3ª edição. Rio de Janeiro: Revinter; 2009.
4. Pielop, JA. Benign skin and scalp lesions in the newborn and young infant. Levy ML, Weisman LE, Corona R, eds. UpToDate [Acesso 3 Mar 2014]. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/benign-skin-and-scalp-lesions-in-the-newborn-and-young-infant?source=search_result&search=Benign+skin+and+scalp+lesions+in+the+newborn+and+young+infant&selectedTitle=1~150