

Síndrome de Gianotti-Crosti relacionado con infección por SARS-COV-2 en un lactante. Reporte de caso clínico

Jiménez Huerta, Benigno Alberto¹
Santos Hernández, José Ecil¹
Acosta Rubio, Cuauhtli Quetzalli¹
Contreras Coronado Tovar, Iván Fernando¹
Luévanos Velázquez, Antonio²

Gianotti-Crosti syndrome related to SARS-COV-2 infection in an infant. Clinical case report

Fecha de aceptación: noviembre 2021

Resumen

Las manifestaciones dermatológicas son un signo frecuente en el curso de la enfermedad por COVID-19, el síndrome de Gianotti-Crosti se observa como una manifestación posterior a la infección por SARS-COV-2, y se debe considerar como posible diagnóstico diferencial. Exponemos el caso de un paciente de 11 meses de edad que fue llevado a urgencias por fiebre de 39.9 °C, se diagnosticó como faringitis y enviado a su domicilio. Dos semanas después acudió a revaloración porque presentaba un exantema maculopapular de predominio en el tronco, las extremidades y el tórax anterior y posterior; las plantas y las palmas no estaban afectadas; se catalogó como enfermedad exantemática febril. Ante el contexto de pandemia por COVID-19 se tomó prueba rápida antigénica, con resultado no reactivo, y serologías para SARS-COV-2 IgG positiva.

Palabras clave: *síndrome de Gianotti-Crosti, SARS-COV-2, COVID-19.*

Abstract

Dermatological manifestations are a frequent sign in the course of COVID-19, Gianotti-Crosti syndrome has been observed as a manifestation after SARS-COV-2 infection, and should be considered as a possible differential diagnosis. We present the case of an 11-month-old male, who goes to the emergency room with fever of 39.9 °C, is diagnosed as pharyngitis and is discharged home; two weeks later, he went to reassessment due to a maculopapular rash predominantly on the trunk, extremities, anterior and posterior chest, respecting the soles and palms, it was classified as a febrile exanthematous disease. In the context of a COVID-19 pandemic, a rapid antigen test was taken with a non-reactive result and serologies for SARS-COV-2 IgG positive.

Keywords: *Gianotti-Crosti syndrome, SARS-COV-2, COVID-19.*

Introducción

Diversos patrones de manifestaciones dermatológicas se han asociado a la infección por SARS-COV-2. Se han clasificado en cuatro patrones durante el desarrollo de COVID-19: el primero es el exantemático, con los subtipos variceliforme y morbiliforme). El subtipo variceliforme^{1,2} se caracteriza por un cuadro de lesiones papulovesiculares, con una media de aparición de tres días posteriores al inicio de cuadro de COVID-19; la duración promedio de esta dermatosis es de ocho días, predomina en el tronco y puede ser pruriginosa. El subtipo morbiliforme se describe como un rash similar a los observados en exantemas virales,^{3,5} aparece de manera concomitante con otros síntomas de infección

por SARS-COV-2, con duración promedio de tres a diez días, pruriginoso y de predominio en adultos con formas graves de COVID-19, se localiza sobre todo en la fosa cubital y en los huecos axilares.^{6,7}

El segundo patrón descrito corresponde al vascular, que es especialmente común en niños, con lesiones lividiformes, purpúricas y acrales de aparición tardía,⁸ se han descrito casos con disfunción microvascular que puede evolucionar a isquemia y estado procoagulante; dentro de este patrón se encuentra el sabañón, con afección acral sobre todo en las palmas y las plantas, usualmente asimétricas, pruriginosas y dolorosas,⁹ se relacionan con cuadros

¹ Servicio de Infectología Pediátrica, Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente

² Infectología Pediátrica, Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde

Programa de Residencia en Infectología Pediátrica, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

Correspondencia: Dr. Benigno Alberto Jiménez Huerta
Dirección electrónica: albertojimenezh@hotmail.com
Hospital de Pediatría Centro Médico Nacional de Occidente.

de bajo grado de severidad, se resuelven entre dos a cuatro semanas sin tratamiento.¹⁰

El tercer patrón corresponde a las erupciones acropapulares, se ha reportado en pacientes adultos como un eritema con pápulas pruriginosas; se asocia a complejos inmunes o a reacciones retardadas de hipersensibilidad

Por último, el cuarto patrón corresponde al urticariforme con lesiones pruriginosas, diseminadas, eritematosas, con remisión en pocos días,¹¹ se observa en casos severos de COVID-19.

Entre las manifestaciones dermatológicas de aparición posterior a la infección por SARS-COV-2, el síndrome de Gianotti-Crosti, también conocido como acropapulosis de la infancia o acrodermatitis papular infantil, es una entidad benigna y autolimitada, actualmente se relaciona con la pandemia de COVID-19, en la población pediátrica se han reportado cuadros que semejan eritema multiforme, lesiones similares a varicela, lesiones purpúricas y pápulas plantares con petequias y lesiones anulares.¹² A continuación exponemos el caso de un paciente con síndrome de Gianotti-Crosti relacionado con infección por SARS-COV-2.

Reporte de caso

Se trata de un paciente de 11 meses de edad, originario y residente de Guadalajara, Jalisco, de padres aparentemente sanos. Producto de gesta 3, buen control prenatal, prueba de VIH y VDRL negativas en el primer y tercer trimestre; la madre presentó amenaza de aborto a los tres meses, con manejo conservador; mediante ultrasonografía, durante el sexto mes de gestación se detectó hidronefrosis izquierda. Nació por cesárea debido a desproporción cefalopélvica, a término, peso de 3.5 kg, talla 51 cm, Apgar 9/9, egresó en binomio sin complicaciones. Desarrollo psicomotor adecuado, combe negativo, estancia en guardería desde los seis meses de edad. Inmunizaciones completas. Antecedente de infección de vías urinarias a los cuatro meses sin agente aislado, episodio de prurigo por insecto a los nueve meses de edad. Sin antecedentes quirúrgicos, traumáticos, alérgicos o de transfusiones. Habita con tres personas, comentan que no han tenido contacto con personas con COVID-19.

Ingresó al Servicio de Urgencias por fiebre de 39.9 °C, fue tratado con paracetamol. Sin datos clínicos generalizados, en la exploración física sólo se documentó hiperemia faríngea. Sin lesiones cutáneas en ese momento. Se diagnosticó como rinofaringitis aguda, se indicó paracetamol como tratamiento ambulatorio. Dos semanas después presentó exantema maculopapular de predominio en el tronco, centrípeto, sin daño en las palmas y las plantas, no pruriginoso, además de persistencia de fiebre de bajo grado. Por lo anterior acudió a revaloración a Urgencias, clínicamente con eritema conjuntival no exudativo, la otoscopia mostró tapones de cerumen, no se visualizó la membrana timpánica, orofaringe con eritema, lengua normal, sin exudado retrofaríngeo, no se palpan adenomegalias; precordio rítmico sin agregados, campos pulmonares sin compromiso ventilatorio, abdomen blando, depresible, normoperistalsis, sin organomegalias, en las extremidades se observaron lesiones no confluentes, tipo vesiculares, con exantema maculopapular en encaje sobre todo en el tronco, con fondo

eritematoso, se observa en el tórax anterior y posterior, sin daño en las palmas y las plantas, sin zonas de descamación.

Los exámenes de laboratorio mostraron: examen general de orina normal, biometría hemática hemoglobina 12.9 g/dL, hematocrito 39.7%, plaquetas 256 000 por μL , leucocitos 7 710 por μL (linfocitos 4 430 por μL , neutrófilos 2 260 por μL). VSG 16 mm/h. Tiempos de coagulación normales, dímero D 124, fibrinógeno 320, Ac antiubeola igG 5 uI/mL e igM 0.12 uI/mL (no reactivos), Ac anti CMV igG <4 e igM 0.19 (no reactivos), Ac anti VEB EA igG <5 uI/mL e igM 0.09 (no reactivos), anti VEB VCA igM 0.57 e igG 10 (no reactivos), Ac antiherpes I igG 51.8 (reactivo) Ac antiherpes II igG <0.5 (no reactivo), Ac antiherpes I y II igM <0.5 (no reactivos), Ac totales parvovirus B19 0.2 (no reactivos). Fue valorado en el Servicio de Infectología Pediátrica, donde ante el contexto de pandemia por SARS-COV-2 y la asociación con lesiones dermatológicas, se le realizó prueba antigénica, con reporte negativo; se solicitó serología para SARS-COV-2, la cual reportó igM no reactivo y Ac anti SARS-COV-2 igG reactivo. Al estar clínicamente estable, se egresó a su domicilio con manejo sintomático.

Figura 1.



Figura 2.



Discusión

El síndrome de Gianotti-Crosti corresponde a un exantema viral, descrito por primera vez por Gianotti en 1955, comúnmente relacionado a la infancia, autolimitado,¹³ afecta a niños con pico máximo entre el primer y sexto año de vida,¹⁴ no tiene predilección por algún sexo y es poco frecuente en pacientes adultos, donde ha mostrado mayor incidencia en mujeres.^{15,16} Clínicamente los pacientes desarrollan lesiones múltiples de entre 1 y 10 mm de diámetro, monomorfas, constituidas por pápulas café-rojizo planas o en forma de cúpula, pueden ser en forma de pápulas, vesículas que se agrupan y forman placas, con distribución simétrica en las mejillas, en superficies extensoras de las extremidades, generalmente no se ven dañados el tronco, las palmas y las plantas, sana espontáneamente en un periodo de 30 a 45 días, sin dejar cicatriz,¹⁷ en caso de encontrarse linfocitosis, linfadenopatía y hepatoesplenomegalia podrían significar etiología infecciosa reciente. El tratamiento es sintomático contra el prurito, en casos severos se administra esteroide, aunque no ha mostrado modificación de la enfermedad.¹⁸

Entre las causas infecciosas se ha asociado al virus de Epstein-Barr y al virus de hepatitis B (VHB) principalmente, aunque también se ha descrito relacionado con el virus de hepatitis A (VHA), virus herpes simple (VHS), citomegalovirus (CMV), virus herpes 6 (VHH-6), virus respiratorios como influenza, parainfluenza y virus sincitial respiratorio, algunos enterovirus como causas más frecuentes;¹⁹ dentro de los agentes bacterianos se ha reportado asociación con infección por *Bartonella henselae*, *Borrelia burgdorferi*, *Streptococcus B hemolítico* y *Mycoplasma pneumoniae*,²⁰ además de casos relacionados con vacunación contra influenza, DPT, poliomielitis, sarampión y antihepatitis A y B.²¹⁻²³

Recientemente, con el desarrollo de la pandemia por COVID-19, se ha descrito la asociación de SARS-COV-2 como agente postinfeccioso de esta entidad. A medida que se progresa el COVID-19 y se demostró la variabilidad de signos y síntomas en niños, se han descrito múltiples manifestaciones dermatológicas con una prevalencia de entre el 0.2 a 20%,²⁴ y el exantema y los sabañones son los más común-

mente reportados; sin embargo en su mayoría se presentan durante el curso de la enfermedad; a diferencia de esto, el síndrome de Gianotti Crosti se observa posterior al cuadro de COVID-19 con un promedio de aparición de entre dos a cuatro semanas.

Dentro de la patogenia se ha descrito que es consecuencia de antigenemia viral o por la acción de complejos inmunes circulantes; aunque se prefiere la primera teoría debido a que en varias ocasiones se ha observado que el tiempo entre la infección viral y la presencia del síndrome de Gianotti-Crosti no es suficiente para dar lugar a la formación de complejos antígeno-anticuerpo. Se han detectado partículas semejantes a virus en las vacuolas citoplásmicas y lisosomas en la piel de estos pacientes, lo que sugiere que probablemente el virus se reproduce en la piel y en órganos linfoides. El infiltrado inflamatorio perilesional está constituido por células dendríticas y linfocitos T CD4, lo que sugiere hipersensibilidad tipo IV inducida por virus.²⁵

En nuestro paciente existe el antecedente de cuadro febril de alto grado, de aparición súbita; ante el contexto de la pandemia por COVID-19 se tomó prueba antigénica, con reporte de negatividad, se egresó al domicilio con manejo antipirético tras diagnosticarse como rinofaringitis; dos semanas después desarrolló lesiones en las extremidades, no confluentes, tipo vesiculares, con exantema maculopapular sin daño en las palmas y las plantas, con fondo eritematoso; en el tórax se observó lo anterior compatible con lo descrito en la literatura referente a síndrome de Gianotti Crosti relacionado con COVID-19, que tomó como periodicidad de dos a cuatro semanas después de la resolución de infección por SARS-COV-2, la cual se constató tras tener reporte de Igg positiva, se descartaron otros de los agentes etiológicos virales comúnmente relacionados, como CMV, VEB y parvovirus B19. Es importante tener como diagnóstico diferencial el síndrome de Gianotti-Crosti como una posibilidad en pacientes con manifestaciones dermatológicas luego de un cuadro confirmado o probable de COVID-19.

Conflicto de interés: no existe.

Fuente de financiamiento: ninguna.

Referencias

1. Marzano, A., Genovese, G., Fabbrocini, G. *et al.*, "Varicella-like exanthem as a specific COVID-19 associated skin manifestation: multicenter case series of 22 patients", *J Am Acad Dermatol*, 2020, 83: 280-285.
2. Galván, C., Catal, A. y Carretero, G., "Classification of the cutaneous manifestations of COVID-19: a rapid prospective nationwide consensus study in Spain with 375 cases", *Br J Dermatol*, 2020, 183: 71-77.
3. Ahouach, B., Harant, S. y Ullmer, A., "Cutaneous lesions in a patient with COVID-19: are they related?", *Br J Dermatol*, 2020, 183 (2): e31.
4. Herrero-Moyano, M., Capusan, T.M., Andreu-Barasoain, M. *et al.*, "A clinicopathological study of eight patients with COVID-19 pneumonia and a late-onset exanthema", *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2020, 34 (9): e460-e464.
5. Reymundo, A., Fernández, A., Reolid, A. *et al.*, "Clinical and histological characterization of late appearance maculopapular eruptions in association with the coronavirus disease 2019. A case series of seven patients", *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2020, 34 (12): e755-e757.
6. Mahe, A., Birckel, E., Krieger, S., Merklen, C. y Bottaender, L., "A distinctive skin rash associated with coronavirus disease 2019?", *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2020, 34: 246-247.
7. Domínguez, M., Díaz, B., García, P. *et al.*, "Cutaneous small-vessel vasculitis associated with novel 2019 coronavirus SARS-COV-2 infection (COVID-19)", *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2020, 34 (10): e536-e537.
8. Piccolo, V., Neri, I., Filippeschi, C. *et al.*, "Chilblain-like lesions during COVID-19 epidemic: a preliminary study on 63 patients", *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2020, 34 (7): e291-e293.

9. Recalcati, S., Barbagallo, T. y Frasin, L.A., "Acral cutaneous lesions in the time of COVID-19", *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2020, 34: e212-e213.
10. Henry, D., Ackerman, M., Sancelme, E., Finon, A. y Esteve, E., "Urticarial eruption in COVID-19 infection", *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2020, 34: 244-245.
11. Torrelo, A., Andina, D., Santonja, C. *et al.*, "Erythema multiforme-like lesions in children and COVID-19", *Pediatr Dermatol*, 2020, 37 (3): 442-446.
12. Gümüş, P., Tekşam, Ö., Akinçi, H., Boztepe, G. y Kara, A., "Gianotti-Crosti syndrome as the only manifestation of primary Epstein-Barr virus infection: a case report", *Turk J Pediatr*, 2008, 50: 302-304.
13. Chuh, A.A., "Diagnostic criteria for Gianotti-Crosti syndrome: a prospective case-control study for validity assessment", *Cutis*, 2001, 68: 207-213.
14. Monastirli, A., Varvarigou, A., Pasmatzis, E., Badavanis, G., Georgiou, S., Mantagos, S. *et al.*, "Gianotti-Crosti syndrome after hepatitis A vaccination", *Acta Derm Venereol*, 2007, 8: 174-175.
15. Gibbs, S. y Burrows, N.P., "Gianotti-Crosti syndrome in two unrelated adults", *Clinical and Experimental Dermatology*, 2000, 25: 594-596.
16. Murphy, L.A. y Buckley, C., "Gianotti-Crosti syndrome in an infant following immunization", *Pediatr Dermatol*, 2000, 17: 225-226.
17. Boeck, K., Mempel, M., Schmidt, T. y Abeck, D., "Gianotti-Crosti syndrome: clinical, serologic, and therapeutic data from nine children", *Cutis*, 1998, 62: 271.
18. Murphy, L.A. y Buckley, C., "Gianotti-Crosti syndrome in an infant following immunization", *Pediatr Dermatol*, 2000, 17: 225-226.
19. Swali, R.N., Lee, E.B. y Adams, J.L., "Gianotti-Crosti syndrome in the setting of recent coronavirus disease-19 infection", *Pediatr Dermatol*, 2021, 00: 1-3.
20. Baldari, U., Monti, A. y Righini, M.G., "An epidemic of infantile papular acrodermatitis (Gianotti-Crosti syndrome) due to Epstein-Barr virus", *Dermatology (Basilea)*, 1994, 188 (3): 203-204.
21. Kolivras, A. y André, J., "Gianotti-Crosti syndrome following hepatitis A vaccination", *Pediatr Dermatol*, 2008, 25: 650.
22. Hyun, K.N., Eun, K.J., Kee, C.B. y Jeong, P.H., "Gianotti-Crosti syndrome following novel influenza A (H1N1) vaccination", *Ann Dermatol*, 2011, 23: 554-555.
23. Erkek, E., Senturk, G.B., Özkaya, Ö. y Bükülmez, G., "Gianotti-Crosti syndrome preceded by oral polio vaccine and followed by varicella infection", *Pediatr Dermatol*, 2001, 18: 516.
24. Guan, W.J., Ni, Z.Y., Hu, Y., Liang, W.H., Ou, C.Q., He, J.X. *et al.*, "Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China", *N Engl J Med*, 2020, 382: 1708-1720.
25. Brandt, O. y Abeck, D., "Gianotti-Crosti syndrome", *J Am Acad Dermatol*, 2006, 54: 136-145.