



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/67 - ¿SOLO UNA ERUPCIÓN MÁS?

T. Jurjo López^a, O. Palomo Calzada^b, M.T. Izquierdo Fuentes^c, A. Sassmannshausen^d, D. García Font^e, S. Mazariegos Martínez^a, J.M. Bueno Corral^f, N.A. Richarz^g, C. García Fernández^h y J. Roda Diestroⁱ

^aMédico de Familia; ^bEnfermera. Unitat Funcional de Crònics. Centro de Atención Primaria Olesa de Montserrat. Barcelona. ^cMédico de Familia. Centro de Atención Primaria Polinyà. Barcelona. ^dMédico de Familia; ^eEnfermero; ^fEnfermera. Urgencias de Atención Primaria. Centro de Atención Primaria Sant Andreu de la Barca. Barcelona. ^gMédico de Familia. Centro de Atención Primaria Vila Olímpica. Barcelona. ^hMédico de Familia. CAP Abrera. Barcelona. ⁱMédico Residente de Dermatología. Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 13 años, sin antecedentes de interés ni tratamiento farmacológico actual. Acude por presentar lesiones cutáneas pruriginosas de 2 días de evolución. Consultó previamente por cuadro de tos, rinorrea y febrícula que se limitó espontáneamente.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración resaltaba exantema papulo-vesicular simétrico en extremidades superiores, tórax, espalda y ambas nalgas, respetando las mucosas. Presentaba faringe hiperémica sin otros hallazgos además de microadenopatías laterocervicales e inguinales. Inicialmente se trató como una escabiosis con permetrina tópica y antihistamínicos orales sin mejoría. En la segunda consulta, ante la presencia de lesiones sobreinfectadas y signos de rascado, se solicitó analítica de estudio. La analítica no mostró alteraciones y presentó serologías negativas.

Juicio clínico: Se interconsultó con dermatología que orientó el caso como un síndrome de Gianotti-Crosti (SGC) e inició tratamiento con una fórmula de: triamcinolona, gentamicina, alantoína y rosa mosqueta con mejoría progresiva del picor y de las lesiones desapareciendo por completo a las tres semanas.

Diagnóstico diferencial: Múltiples inmunizaciones virales, eritema infeccioso, eritema multiforme, enfermedad boca-mano-pie, púrpura de Schönlein-Henoch, enfermedad de Kawasaki, liquen plano, escabiosis, y reacciones cutáneas a medicamentos.

Comentario final: El síndrome de Gianotti-Crosti o acrodermatitis papular de la infancia, es un exantema de incidencia y prevalencia desconocida, pues está infradiagnosticado. Su etiología está poco esclarecida, se ha relacionado más frecuentemente con: virus hepatitis A y B, virus Epstein Barr, citomegalovirus, herpesvirus, Cocksackie, rotavirus y parvovirus, pero habrá que descartar su asociación. Se presenta generalmente en niños entre 1 y 6 años de edad. Dado el curso benigno de este síndrome, los pacientes suelen ser vistos en los centros de Atención Primaria, es fundamental el conocimiento de sus características.

Bibliografía

1. Molinari L, Romero Costas L, Soliani A, Hernández M. Síndrome de Gianotti-Crosti o Acrodermatitis Papulosa Infantil. Presentación de un caso. Dermatología Argentina. 2010;16.
2. Niklitschek S, Romero W, Zegpi M. Síndrome de Gianotti-Crosti: reporte de dos casos y revisión de la literatura. Rev Ped Elec. 2011;8(3).
3. Formento Tirado JA, Rodríguez Gonzalez A. Síndrome de Gianotti-Crosti con síndrome papulovesiculoso acrolocalizado. JANO. 2005;LXVIII(1552).

Palabras clave: *Síndrome de Gianotti-Crosti. Acrodermatitis papular de la infancia. Exantemas infantiles.*