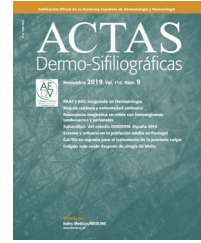




ACADEMIA ESPAÑOLA
DE DERMATOLOGÍA
Y VENEREOLÓGIA

ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.actasdermo.org



CARTA CIENTÍFICO-CLÍNICA

[Artículo traducido] Síndrome de Gianotti-Crosti de localización atípica en un adulto después de la vacunación contra el SARS-CoV-2



Gianotti-Crosti Syndrome of Atypical Location in an Adult Following SARS-CoV-2 Vaccination

Sr. Director:

El síndrome de Gianotti-Crosti (SGC) es una afección reactiva y autolimitada caracterizada por una erupción papulosa de distribución simétrica, que se presenta principalmente en lactantes y en la mayoría de los casos se asocia a infecciones víricas^{1,2}. Presentamos un caso único de una paciente adulta que desarrolló una erupción cutánea poco después de ser vacunada frente al SARS-CoV-2, con hallazgos clínicos e histopatológicos compatibles con el diagnóstico de SGC.

Una mujer de 35 años fue remitida a la consulta de dermatología por una erupción papulosa pruriginosa repentina. La paciente manifestó que las lesiones cutáneas aparecieron inicialmente en las nalgas, extendiéndose posteriormente hacia las extremidades superiores, palmas de las manos y tronco. Las lesiones eran ligeramente pruriginosas. En la exploración dermatológica se observó una erupción simétrica con pápulas eritematosas de 2-4 mm, algunas de ellas costrosas, que afectaban principalmente las extremidades superiores, las palmas de las manos, el tronco y, en menor medida, las nalgas (fig. 1a-c). En las superficies extensoras de los codos se observaron algunas papulovesículas confluentes (fig. 2a,b). La paciente no presentaba fiebre ni linfadenopatías. La historia clínica solo destacaba rinitis alérgica. No se identificaron antecedentes de infecciones recientes ni de uso de medicación oral o tópica. Diez días antes del inicio de la erupción había recibido la primera dosis para la inmunización frente al SARS-CoV-2, Comirnaty®, una vacuna basada en ARN mensajero. Los hallazgos histopatológicos, aunque inespecíficos, coincidían con los descritos en el SGC (fig. 3). Se prescribió tratamiento sintomático

con antihistamínicos. A los 12 días se produjo la regresión espontánea completa de las lesiones cutáneas, sin cicatrices ni alteraciones de la pigmentación. La segunda dosis de inmunización contra el SARS-CoV-2 se administró 21 días después de la primera, y no se registraron efectos adversos.

Descrito por primera vez por Gianotti y Crosti en los años 50, el SGC se caracteriza por la aparición repentina de una erupción simétrica y monomorfa, con pápulas planas milimétricas de color rojizo-rosáceo, distribuidas principalmente por la cara, las nalgas y las superficies extensoras de las extremidades¹⁻³. También pueden verse afectadas las palmas de las manos y las plantas de los pies. Las lesiones suelen respetar el tronco, aunque su afectación no descarta el diagnóstico. También pueden hacerse confluentes, sobre todo en puntos de presión como rodillas y codos y, ocasionalmente, pueden ser vesiculares. Puede haber prurito leve o moderado. Las manifestaciones sistémicas son infrecuentes e incluyen fiebre, linfadenopatía y hepatoesplenomegalia. Se han descrito presentaciones inusuales del SGC, ya sea por características clínicas o localización atípica de las lesiones cutáneas. Se han descrito dos casos de SGC limitado únicamente a la cara, así como un paciente con lesiones típicas de SGC acompañadas de eritema plantar y descamación⁴⁻⁶. La edad, el estado de salud y la vacunación, se han señalado como posibles factores determinantes de la presentación clínica⁷.

El SGC afecta principalmente a niños de entre uno y seis años, y su aparición es muy poco frecuente en adultos^{1,2}. Aunque esta suele estar asociada con una enfermedad vírica, en la mayoría de los casos por el virus de la hepatitis B o el virus de Epstein-Barr, en ocasiones se asocia con otros patógenos o vacunas. Todavía se desconoce la patogenia exacta del SGC, pero se presume su naturaleza inmunomediada. Además, parece que el SGC está asociado a la atopía, debido a su mayor prevalencia en pacientes con antecedentes personales y/o familiares de enfermedad atópica^{3,4}. El diagnóstico es principalmente clínico, sin características analíticas ni hallazgos específicos en la biopsia cutánea. Los pacientes pueden presentar linfocitosis o linfopenia moderada, así como niveles elevados de enzimas hepáticas. Los hallazgos histopatológicos pueden incluir acantosis epidérmica leve y espongirosis con paraqueratosis focal, así como edema en la dermis papilar e infiltrado linfocitario perivasculare¹. La enfermedad tiene un curso benigno, con resolución espontánea que suele producirse en un plazo de dos a seis semanas. Puede haber hipo o hiperpigmen-

Véase contenido relacionado en DOI:
<https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.07.010>

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2022.07.032>

0001-7310/© 2022 AEDV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

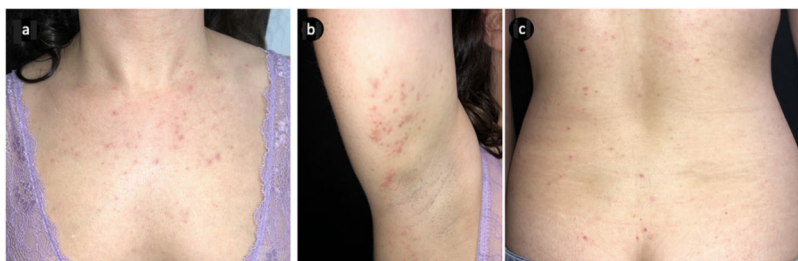


Figura 1 Características clínicas en el momento de la presentación: pápulas eritematosas de 2-4 mm, algunas de ellas costrosas, localizadas principalmente en el pecho (a), la superficie flexora del brazo derecho (b) y ligeramente en las nalgas (c).

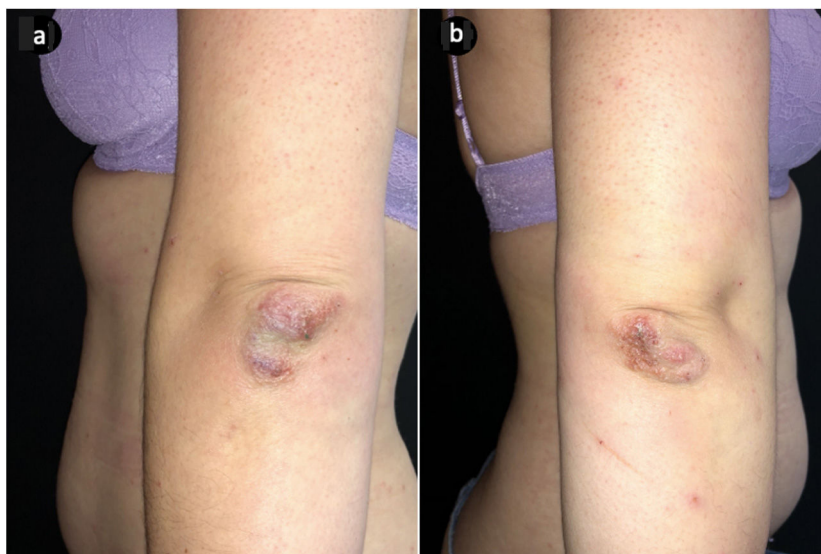


Figura 2 Características clínicas en el momento de la presentación: en la exploración física también se observaron papulovesículas confluentes distribuidas simétricamente en la superficie extensora de los codos (a y b).

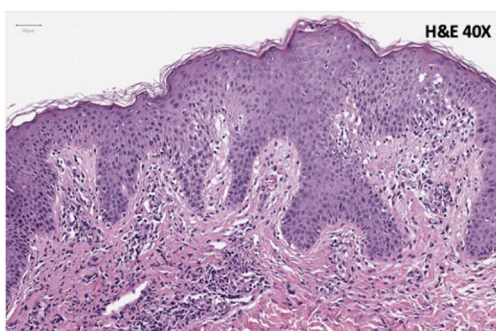


Figura 3 Hallazgos histológicos en la biopsia cutánea: espongiosis irregular con reacción liquenoide focal, edema dérmico papilar leve, extravasación de eritrocitos e infiltrado linfocitario perivascular; muy raramente se observan queratinocitos apoptóticos.

tación postinflamatoria tras la resolución de las lesiones cutáneas, pero rara vez se producen cicatrices permanentes. El tratamiento sintomático del prurito asociado suele ser suficiente¹⁻³.

Destacamos la importancia de considerar el SGC en el diagnóstico diferencial de las erupciones papulosas, incluso en pacientes adultos. Durante la pandemia de COVID-19,

los casos notificados de manifestaciones dermatológicas asociadas al SARS-CoV-2 han ido en aumento, algunas de las cuales afectan a grupos de pacientes o contextos clínicos poco habituales. Se han notificado dos casos de SGC en pacientes con diagnóstico confirmado de COVID-19^{8,9}. Aquí comunicamos un caso único de esta entidad dermatológica, distribuida en su mayoría en localizaciones atípicas y asociada a la vacunación contra el SARS-CoV-2, hasta ahora no descrito en la literatura.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Bologna J, Schaffer J, Cerroni L. *Dermatology*. 4th ed Philadelphia: Elsevier; 2018. p. 1433–5.
2. Brandt O, Abeck D, Gianotti R, Burgdorf W. Gianotti-Crosti syndrome. *J Am Acad Dermatol*. 2006;54:136–45.

3. Molinari LM, Romero Costas L, Soliani A, Hernández M. Síndrome de Gianotti-Crosti o acrodermatitis papulosa infantil. *Dermatol Argent*. 2010;16:27–30.
4. Ricci G, Patrizi A, Neri I, Specchia F, Tosti G, Masi M. Gianotti-Crosti Syndrome and Allergic Background. *Acta Derm Venereol*. 2003;83:202–5.
5. Lam J. Atypical Gianotti-Crosti syndrome following administration of the AS03-adjuvanted H1N1 vaccine. *J Am Acad Dermatol*. 2011;65:e127–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2011.04.005>.
6. Allen N. An Unusual Case of Enterovirus Causing Gianotti Crosti Syndrome. *N Z Med Stud J*. 2019;Issue 29:23–4.
7. Marcassi A, Piazza C, Seize M, Cestari S. Atypical Gianotti-Crosti syndrome. *An Bras Dermatol*. 2018;93:265–7, <http://dx.doi.org/10.1590/abd1806-4841.20186726>.
8. Swali R, Lee E, Adams J. Gianotti-crosti syndrome in the setting of recent coronavirus disease-19 infection. *Pediatr Dermatol*. 2021;38:629–31.
9. Brin C, Sohier P, L'honneur A, Marot S, Matar S, Aractingi S, et al. An Isolated Peculiar Gianotti-Crosti Rash in the Course of a COVID-19 Episode. *Acta Derm Venereol*. 2020;100:adv00276.

M. Pestana^{a,*}, R. Araújo Carvalho^a, M.M. Valejo Coelho^a y G. Esteves^b

^a *Departamento de Dermatología y Venereología, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal*

^b *Departamento de Anatomía Patológica, Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Lisboa, Portugal*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mafaldamp@gmail.com (M. Pestana).