

EDITORIAL

Acrodermatitis papular infantil

Antonio Martínez Roig

Servicio de Pediatría. Hospital del Mar. Barcelona. España.

La acrodermatitis papular infantil es una erupción que fue descrita inicialmente por Gianotti en 1955¹. Como suele ocurrir en muchas de las enfermedades exantemáticas, tardó unos años en establecerse la asociación con la posible causa etiológica. Primero se relacionó con la hepatitis y posteriormente, casi 20 años después (en 1973), con el virus de la hepatitis B, principalmente el subtipo ayw².

No obstante, desde los primeros momentos se pudo apreciar que había aspectos clínicos y etiológicos susceptibles de polémica: la variabilidad etiológica e incluso alguna diferencia clínica. A propósito de estas diferencias, se hablaba de enfermedad de Gianotti-Crosti cuando estaba asociada a la hepatitis, y de síndrome cuando afectaba a niños mayores y sin asociación con la hepatitis, entre otras diferencias.

En la práctica clínica diaria se podría añadir otro punto para la polémica: ¿es una enfermedad pediátrica o dermatológica?

Desde el punto de vista pediátrico, creo que en los países de renta alta, donde la vacunación frente al virus de la hepatitis B (VHB) se está generalizando, todas estas divergencias son innecesarias.

En la actualidad, nos atreveríamos a decir que la acrodermatitis papular infantil ha de ser considerada como uno de los mejores ejemplos de respuesta cutánea frente a diferentes infecciones virales e inmunizaciones, si bien no se conoce con exactitud su patogenia. Aunque podrían estar presentes inmunocomplejos circulantes, algunos estudios histológicos no han confirmado la evidencia de una vasculitis con depósito de inmunocomplejos.

Caputo et al, en los primeros años de la década de los noventa, revisaron 308 casos para conocer la etiología de esta enfermedad, y se pudo comprobar que los casos atribuidos al VHB no llegaban al 25%³. El mismo equipo

hizo una valoración clínica. A través de fotografías de casos asociados y no asociados al VHB se pudo comprobar que era difícil establecer diferencias entre unos casos y otros. Los artículos de los últimos años, con series mucho menos extensas, atribuyen la etiología al VHB casi excepcionalmente. Nuestra experiencia personal también va en este sentido⁴⁻⁶. Entre 1999 y 2001 hemos diagnosticado 17 casos sin que ninguno de ellos estuviera asociado al VHB⁷. Todo ello hace reflexionar acerca de cuál ha de ser la actitud del clínico en los niños con manifestaciones clínicas cutáneas sugestivas de una acrodermatitis papular infantil, y poder dar una respuesta a los puntos de controversia expuestos anteriormente.

Nuestra opinión la resumiríamos así:

– El diagnóstico en la organización sanitaria de los países de renta alta ha de ser establecido de manera prioritaria por el pediatra. La diversidad en el agente etiológico hace que se presente con variadas manifestaciones generales acompañantes. Para el clínico tiene interés el establecimiento de una clara orientación diagnóstica a partir de la forma de presentación, a pesar de que en ocasiones ésta es compleja. La acrodermatitis papular infantil es un exantema autolimitado que, como hemos mencionado, forma parte de una respuesta a variadas causas. El pediatra, ante cualquiera de las enfermedades que cursan con exantema, está acostumbrado a valorar toda una serie de puntos para llegar a establecer el posible diagnóstico del paciente, con el fin de indicar un pronóstico e implantar las necesidades de su aislamiento, así como aplicar las medidas a adoptar en el entorno más próximo y el posible tratamiento. Estos aspectos son: *a)* antecedentes personales, epidemiológicos, ingesta de fármacos; *b)* período de incubación; *c)* pródromos, síndrome febril, y *d)* características del exantema, como tipo de lesión, lugar de inicio, distribución posterior, uniformidad o diversidad de las lesiones, momento evolutivo de las mismas y clínica acompañante.

– La acrodermatitis papular infantil se debe entender como la presencia de lesiones cutáneas monomorfas, de tipo papular o papulovesicular, con superficie plana, de color entre rosado y marrón, con un diámetro de 1 a 10 mm, de número muy variable, con disposición simétrica en las mejillas, las nalgas, las superficies de extensión de las extremidades superiores e inferiores, y con una duración entre 3 y 5 semanas. Si bien ésta sería la forma típica de presentación, existen pequeñas variaciones que pueden acompañar a algunos casos: *a)* la posibilidad de confluencia de lesiones; *b)* prurito que suele acompañar a las lesiones papulovesiculares, y *c)* la localización en pabellones auriculares, presente en los primeros días de las manifestaciones, y que suele asociarse también con las formas papulovesiculares. Los aspectos clínicos negativos que ayudan al diagnóstico son la inexistencia de las lesiones en el tronco y la presentación de lesiones descamativas. No puede obviarse la presentación de un episodio febril de poca intensidad, unos 7-10 días antes, acompañado de manifestaciones catarrales de las vías respiratorias altas^{8,9}.

347

Correspondencia: Dr. A. Martínez Roig.
Servicio de Pediatría. Hospital del Mar.
Passeig Marítim, 25-29. 08003 Barcelona. España.
Correo electrónico: 6226amr@comb.es

– No siempre es necesario practicar exploraciones complementarias. En los países donde el diagnóstico se asocia con cierta frecuencia al VHB puede ser necesaria la práctica de estas exploraciones. La acrodermatitis papular infantil no deja de ser una manifestación extrahepática de la infección, que corresponde a la enfermedad primaria, con una incidencia máxima entre los uno y 4 años. La posibilidad evolutiva de que el paciente se convierta en portador sano, con las repercusiones epidemiológicas correspondientes, o bien desarrollar una hepatitis crónica, aunque es una evolución poco habitual, es más frecuente cuanto menor es la edad del paciente y sólo se puede conocer con el diagnóstico precoz y los controles analíticos seriados¹⁰.

La actuación sanitaria que creemos que permite la no realización sistemática de exploraciones complementarias es la instauración casi generalizada de la vacunación de la hepatitis B desde los años ochenta, con la vacunación inicial de los recién nacidos en riesgo, hasta la actualidad, cuando se incluye en los calendarios vacunales durante los primeros meses de vida, pasando por las pautas de vacunación a adolescentes, que frenan también la transmisión vertical.

– La propia variabilidad clínica según los diferentes factores etiológicos obliga, no obstante, a practicar en determinadas ocasiones exploraciones complementarias. ¿Cuándo, en qué situaciones y con qué motivo se deberán practicar?

– La primera cuestión que el clínico deberá plantearse es conocer si el paciente está o no vacunado de la hepatitis B. En el caso de los no vacunados hay que realizar un seguimiento clínico y estudios hematológicos, de funcionalismo hepático y serológicos con el fin de establecer la posible etiología y la repercusión funcional.

– Las investigaciones para establecer la relación etiológica podrían ser muy amplias, pero hay que procurar delimitarlas. La acrodermatitis papular infantil se puede asociar con las vacunaciones o las infecciones virales. Entre las primeras se ha asociado a la de influenza, pertussis, difteria, triple vírica y hepatitis B^{11,12}, y entre las infecciones se ha relacionado con los virus Epstein-Barr (EBV), citomegalovirus (CMV), hepatitis A, B y C, poxvirus, parvovirus B19, herpesvirus 6, coxsackievirus A16, B4 y B5, virus de la inmunodeficiencia humana y virus ECHO.

Para determinar la relación con la vacunación se deben excluir otras causas y mediante la anamnesis detallada recoger los datos referentes a la aparición de las manifestaciones clínicas. Hay que establecer una relación con los períodos de reacción vacunal de cada una de ellas o de la «enfermedad» provocada por el virus vacunal. Para determinar el nexo con infecciones virales se realizarán estudios serológicos en la mayoría de las ocasiones, con determinación de IgM e IgG. La respuesta de las IgM, cuando es precoz y se detectan títulos elevados, puede ayudar a establecer el diagnóstico precoz de la infección, pero no siempre se demostrará esta respuesta y será necesario practicar dos determinaciones

con un período de separación entre las mismas de 3 semanas, para observar un incremento de las IgG, como mínimo de cuatro veces su valor inicial. En el caso de las infecciones por enterovirus, puede ser de mayor valor la eliminación del virus en las heces durante la fase inicial de la enfermedad que la demostración de los valores serológicos.

– En el caso de los vacunados frente al VHB habría que hacer una valoración clínica en relación con la presencia de adenopatías y/o esplenomegalia. Estos datos obtenidos de la exploración son los que más interesa conocer al clínico. Las infecciones por virus de EBV y CMV, que son las causas que se detectan con más frecuencia en la actualidad, suelen estar presentes. La existencia de esplenomegalia y adenopatías suele asociarse también con enfermedades hematológicas de diferente signo y causa, con pronóstico a veces grave, y que se manifiestan también con síndrome febril y erupciones cutáneas.

En estos niños vacunados recomendariamos la siguiente pauta de actuación:

1. Presencia de esplenomegalia y/o adenopatías en zona laterocervical y supraclavicular: seguimiento clínico y estudios de serie roja, blanca y plaquetas con determinación de transaminasas e IgM frente EBV y CMV.

2. Ausencia de adenopatías y de aumento de tamaño de hígado o bazo: exclusivo seguimiento clínico.

– El diagnóstico diferencial de las lesiones cutáneas debería establecerse con procesos tan benignos como las picaduras de insecto –tan variadas en expresión clínica en lactantes o niños preescolares–, con localización en partes descubiertas y, en ocasiones, con múltiples lesiones o la urticaria, reacciones frente a fármacos, lichen plano o enfermedades más graves, como la histiocitosis de células de Langerhans, sin olvidar la púrpura de Schönlein-Henoch¹⁰.

La práctica de una biopsia cutánea es raramente necesaria, aunque en los casos con dificultad clínica para establecer el diagnóstico puede suponer una ayuda para excluir otras entidades.

– No suele ser necesario establecer un tratamiento tópico, si bien en los casos con apariencia inflamatoria o prurito intenso, la aplicación de emolientes o crema de corticoides de baja potencia puede ser útil.

En resumen, los clínicos que visitan a un niño con una erupción acrolocalizada deben ser capaces de conocer los exantemas más comunes con los que establecer diagnóstico diferencial y valorar las vacunaciones que ha recibido. En el caso de una acrodermatitis papular infantil en un niño vacunado de hepatitis B, se practicarán sólo exploraciones complementarias en presencia de esplenomegalia y/o adenopatías. La biopsia cutánea sólo debería practicarse ante dudas muy razonables. Ahorrar exploraciones cruentas será un beneficio para el niño, siempre que haya un correcto soporte de experiencia en el diagnóstico clínico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gianotti F. Rilievi di una particolare casistica tosinfettiva caratterizzata da eruzione eritemato-infiltrativa desquamativa a focali lenticolari, a sede elettriva acroesposta. *G Ital Derm Sif* 1955;96:678-97.
2. Gianotti F. Papular acrodermatitis of childhood. An Australia antigen disease. *Arch Dis Child* 1973;48:794-9.
3. Caputo R, Gelmetti C, Ermacora E, Gianni E, Silvestri A. Gianotti-Crosti syndrome: a retrospective analysis of 308 cases. *J Am Acad Dermatol* 1992;26:207-10.
4. Draelos ZK, Hansen RC, James WD. Gianotti-Crosti syndrome associated with infections other than hepatitis B. *JAMA* 1986;256:2386-8.
5. Hofmann B, Schuppe HC, Adams O, Lenard HG, Lehmann P, Ruzicka T. Gianotti-Crosti syndrome associated with Epstein-Barr virus infection. *Pediatr Dermatol* 1997;14:273-7.
6. Baleviciené G, Maciuleviciené R, Schwartz RA. Papular acrodermatitis of childhood: the Gianotti-Crosti syndrome. *Cutis* 2001;67:291-4.
7. Martínez-Roig A, Cucurell M, Sánchez X, López N, Seidel V, Bonet M. Papular acrodermatitis. Is it always necessary to make studies to determine the etiology? Abstracts 7th Congress European Society for Pediatric Dermatology. *Eur J Pediatr Dermatol* 2002;52.
8. Carrascosa JM, Just M, Ribera M, Ferrandiz C. Papular acrodermatitis of childhood related to poxvirus and parvovirus B19 infection. *Cutis* 1998;61:265-7.
9. Chuh AAT. Diagnostic criteria for Gianotti-Crosti syndrome: a prospective case-control study for validity assessment. *Cutis* 2001;68:207-13.
10. Bjorge Nelson JS, Seabury Stone M. Update on selected viral exanthems. *Current Opinion in Pediatrics* 2000;12:359-64.
11. Velangi SS, Tidman MJ. Gianotti-Crosti syndrome after measles, mumps and rubella vaccination. *Br J Dermatol* 1998;139:1122-3.
12. Turc Y, Lemaistre R. Vaccination contre l'hépatite virale B suivie d'un syndrome de Gianotti-Crosti. *Nouv Dermatol* 1998;17:153.