

### EXANTEMA VÍRICO...OU ALGO MAIS?

Joana Carvalho<sup>1</sup>, Joana Cotrim<sup>1</sup>, Aida Sá<sup>1</sup>, Márcia Quaresma<sup>2</sup>, Fátima Dias<sup>3</sup>, Purificacion Dominguez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Interna do Internato Complementar de Pediatria/Resident of Pediatrics, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Trás-os-montes e Alto Douro (CHTMAD), Unidade de Vila Real

<sup>2</sup>Assistente Hospitalar Graduada/Graduated Consultant of Pediatrics, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Trás-os-montes e Alto Douro (CHTMAD), Unidade de Vila Real

<sup>3</sup>Chefe de Serviço/Consultant Chief, Serviço de Pediatria, Centro Hospitalar de Trás-os-montes e Alto Douro (CHTMAD), Unidade de Vila Real

<sup>4</sup>Assistente Hospitalar Graduada/Graduated Consultant of Dermatology, Serviço de Dermatologia, CHTMAD, Unidade de Vila Real, Portugal

**RESUMO** – O Síndrome de Gianotti-Crosti consiste numa erupção papular ou papulovesicular, monomórfica, simetricamente distribuída pela face, membros e região glútea. Apresentamos o caso clínico de uma criança do sexo masculino, quatro anos de idade, com exantema papulovesicular monomórfico, distribuído nas superfícies extensoras dos quatro membros, e região glútea, precedido por infecção respiratória alta oito dias antes. Do estudo efectua-do realça-se a presença de linfócitos activados no hemograma, aumento das transaminases hepáticas e evidência serológica de infecção aguda pelo vírus Epstein Barr. O Síndrome de Gianotti-Crosti é uma entidade clínica estabelecida, muitas vezes subdiagnosticada. O seu diagnóstico é importante, na medida em que exclui patologias com as quais faz diagnóstico diferencial, permitindo tranquilizar os pais, dada a sua, por vezes longa, evolução.

**PALAVRAS-CHAVE** – Acrodermatite; Criança; Exantema; Infecção pelo vírus Epstein Barr.

### VIRAL RASH...OR SOMETHING MORE?

**ABSTRACT** – Gianotti-Crosti syndrome is a papular or papulovesicular eruption, monomorphic, symmetrically distributed in the face, members and buttocks. We present a clinical case of a four year old boy with a monomorphic papulovesicular exanthema in the extensor aspects of forearm and legs and buttocks, preceded by a upper respiratory tract infection eight days before. The laboratory investigation showed activated lymphocytes, elevated liver enzymes and serologic evidence of acute Epstein-Barr virus infection. Gianotti-Crosti syndrome is an established clinical entity often misdiagnosed. The diagnosis is important as it excludes other pathologies, allowing reassure parents, because of its possible long evolution.

**KEY-WORDS** – Acrodermatitis; Exanthema; Epstein-Barr virus infections.

**Conflitos de interesse:** Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

*No conflicts of interest.*

**Suporte financeiro:** O presente trabalho não foi suportado por nenhum subsídio ou bolsa.

*No sponsorship or scholarship granted.*

**Direito à privacidade e consentimento escrito / Privacy policy and informed consent:** Os autores declaram que pediram consentimento ao doente para usar as imagens no artigo. *The authors declare that the patient gave written informed consent for the use of its photos in this article.*

Recebido/Received - Junho/June 2013; Aceite/Accepted - Julho/July 2013

**Por decisão dos autores, este artigo não foi redigido de acordo com os termos do novo Acordo Ortográfico.**

## Caso Clínico

### Correspondência:

Dr.ª Joana Alexandra Silva Carvalho  
Urbanização Vila Campos Lote 21  
5000 Vila Real, Portugal  
E-mail: joanaascarvalho@gmail.com

### INTRODUÇÃO

O Síndrome de Gianotti-Crosti (SGC), também conhecido como acrodermatite papular da infância, é uma entidade comum em todo o mundo, embora subdiagnosticada. Foi pela primeira vez descrito em 1955 por Gianotti<sup>1</sup> e em 1957 por *Gianotti e Crosti*, que inicialmente o definiram como uma dermatose infantil de provável origem vírica<sup>2</sup>. Em 1970 a etiologia vírica foi demonstrada, com a identificação do antigénio de superfície da hepatite B (AgHBs) no soro de crianças afectadas<sup>3</sup>. Posteriormente, várias séries demonstraram confirmação serológica de infecção pelo vírus da hepatite B (HBV) no SGC. Com o passar dos anos, investigações revelaram exantemas semelhantes aos do SGC sem evidência de infecção aguda pelo HBV, e vários outros microorganismos foram identificados como capazes de causar este síndrome<sup>4</sup>. Actualmente, numerosos estudos confirmam o EBV como causa mais comum<sup>5-7</sup>.

A sua incidência e prevalência são desconhecidas, já que crianças com SGC são muitas vezes identificadas como portadoras de um exantema vírico inespecífico. É uma entidade que afecta crianças entre os três meses e os 15 anos de idade, com um pico de incidência entre um e os seis anos de idade, sem predilecção por raça ou sexo. Na idade adulta, contudo, parece haver uma maior predisposição do sexo feminino, sugerindo um papel importante dos factores hormonais<sup>4</sup>.

A patogénese desta doença, bem como o mecanismo de distribuição acral das manifestações cutâneas são desconhecidos. Uma hipótese aceite nos dias de hoje é a de que as manifestações clínicas resultem de uma reacção de hipersensibilidade tardia à infecção vírica.

Na maioria dos casos existe um pródromo, infecção respiratória ou gastrointestinal, na semana prévia ao aparecimento do exantema (sendo que a doença inicial pode já ter desaparecido nesta altura). As manifestações cutâneas clássicas são pápulas ou lesões papulovesiculares múltiplas, monomórficas, com diâmetro entre um a cinco milímetros, pouco pruriginosas, distribuídas simetricamente na face, superfícies extensoras dos membros superiores e inferiores e região glútea. As superfícies mucosas não são afectadas. Linfadenopatia ocorre em 25-35% dos casos. Hepatomegalia

e esplenomegalia podem ocorrer, sendo no entanto menos comuns.

O diagnóstico é essencialmente clínico, reservando-se a investigação laboratorial para a determinação etiológica ou para a exclusão de outros diagnósticos diferenciais. Os achados analíticos são normalmente inespecíficos, podendo encontrar-se linfocitose ou linfopenia, e monocitose. Aumento das transaminases pode ser encontrado em crianças com infecção por EBV, CMV ou vírus de hepatite. As alterações histopatológicas são inespecíficas.

É uma doença auto-limitada, com curso benigno, embora com possibilidade de apresentar uma longa evolução. As lesões cutâneas desaparecem espontaneamente após um período variável de duas a oito semanas, sendo o tratamento apenas de suporte



**Fig. 1** - Exantema papulovesicular atingindo as superfícies extensoras dos membros superiores.

## Caso Clínico

### CASO CLÍNICO

Os autores apresentam o caso de uma criança do sexo masculino, quatro anos, raça caucasiana, natural e residente em Vila Real, terceiro filho de pais não consanguíneos. Como antecedentes pessoais há a referir internamento neonatal por pneumotórax e pneumomediastino, e sibilância recorrente associada a infecções respiratórias, sob terapêutica com beta 2 agonista de curta acção para terapêutica de crise.

Foi observado em ambulatório, em contexto de febre e odinofagia, tendo sido medicado com amoxicilina e ácido clavulânico. Cerca de oito dias depois recorre ao Serviço de Urgência (SU) de Pediatria Médica do Centro Hospitalar de Trás-os-montes e Alto Douro, por aparecimento súbito de exantema localizado aos membros superiores e inferiores. Sem história de vacinação recente ou ingestão de medicamentos ou drogas. Sem outros familiares atingidos. Ao exame físico apresentava-se apirético, com adenopatias cervicais palpáveis bilateralmente, infracentrímetricas, móveis, indolores. Sem outras adenopatias palpáveis. As manifestações cutâneas consistiam num exantema papulovesicular localizado às superfícies extensoras dos membros superiores e inferiores e região glútea, simétrico, não pruriginoso, sem atingimento palmo-plantar ou das mucosas. As lesões cutâneas individuais eram papulovesículas (Figs. 1, 2 e 3).

Não se constataram organomegalias, sendo o exame dos restantes sistemas normal.

Analicamente apresentava hemograma com 11,8g/dL de hemoglobina, 6400 leucócitos/ $\mu$ L, com

fórmula equilibrada, e presença de linfócitos activados no esfregaço sanguíneo; proteína C reactiva (PCR) 0,7mg/dL; elevação da transaminase glutâmico-oxalacética (TGO) 112U/L e da transaminase glutâmico-pirúvica (TGP) 146U/L, com gama-glutamil transpeptidase (GGT) 171U/L, lactato desidrogenase (LDH) 1059IU/L; glicose sérica, ionograma, proteínas totais e albumina dentro dos parâmetros de normalidade. Atendendo à hipótese de se tratar de SGC, após discussão do caso com a Dermatologia, optou-se por manter vigilância em ambulatório, com reavaliação após duas semanas de evolução.

Da restante investigação efectuada é de salientar: IgM VCA EBV positiva, com IgG VCA EBV positiva e anti-EBNA negativo; marcadores víricos de VHB, hepatite C, hepatite A e VIH negativos; serologia para CMV, HHV6, Parvovírus B19, Coxsackie negativa; Serologia para *Mycoplasma pneumoniae* e *Borrelia Burgforferi* negativa. A pesquisa de vírus nas secreções nasofaríngeas foi negativa para o vírus sincicial respiratório, influenzae A e B, adenovírus, metapneumovírus e parainfluenzae 1,2 e 3.

Cerca de 20 dias depois, é reavaliado, com resolução do exantema, sem lesões cicatriciais. A evolução analítica revelou normalização das transaminases.

### DISCUSSÃO

O SGC é uma entidade clínica comum e bem estabelecida, ainda que muitas vezes subdiagnosticada. O espectro actual de agentes infecciosos associados ao



**Fig 2** - Exantema papulovesicular atingindo as superfícies extensoras dos membros inferiores.



**Fig 3** - Exantema papulovesicular atingindo a região glútea.



# Canespro<sup>®</sup>

# Unhas

+ Creme Antifúngico

A solução rápida  
para a Onicomiose.

## 1º Passo:

Remover selectivamente a zona infectada da unha com Canespro<sup>®</sup>, preparando-a para o 2º passo do tratamento.



**2 a 3 semanas**

## 2º Passo:

Completar o tratamento com um creme antifúngico, para garantir a eliminação eficaz da onicomiose.



**4 semanas<sup>1</sup>**

- Tratamento em dois passos que garante a eliminação rápida e eficaz da onicomiose.
- A solução rápida, indolor e com progressos visíveis diariamente.



Para mais informações consulte [www.canesten.pt](http://www.canesten.pt)

1 - Tietz H-J, Hay R, Querner S. et al. Efficacy of 4 weeks topical bifonazole treatment for onychomycosis after nail ablation with 40% urea: a double-blind, randomized, placebo-controlled multicenter study. *Mycoses* 2013. doi: 10.1111/myc.12037.

Canespro Kit de tratamento de infecções fúngicas da unha é um dispositivo médico.

Bayer Portugal S.A., R. Quinta do Pinheiro, 5, 2794-003 Carnaxide, NIF 500 043 256. | L.PT.CC.05.2013.0541



SGC é influenciado por factores epidemiológicos ligados à distribuição das infecções víricas. O SGC associada ao VHB, por exemplo, é frequente em países com alta prevalência deste microorganismo, enquanto que em países com prevalência relativamente baixa, como países desenvolvidos onde existe a vacinação universal para o VHB, se tem demonstrado um menor papel deste patogeneo na etiologia do SGC. Apesar do grande número de agentes infecciosos implicados na etiologia do SGC, o EBV surge, actualmente, como agente causador mais frequente<sup>5-7</sup>.

Tem ainda sido descrito, desde 1960, o surgimento de SGC após imunizações, com várias vacinas<sup>4</sup>. Estas associações temporais podem ser apenas incidentais, não existindo uma evidência definitiva de uma associação causal.

Sabe-se hoje que são vários os possíveis agentes etiológicos do SGC (Tabela 1).

Tabela 1 - Agentes etiológicos implicados no SGC.

CAUSAS DE SÍNDROME DE GIANOTTI CROSTI	
VÍRUS	BACTÉRIAS
<ul style="list-style-type: none"><li>• EBV</li><li>• Vírus hepatite A, B ou C</li><li>• CMV</li><li>• Herpes 6</li><li>• Coxsackie A16, B4, B5</li><li>• Rotavírus</li><li>• Parvovírus B19</li><li>• <i>Molluscum contagiosum</i></li><li>• VSR</li><li>• Echovirus</li><li>• Parainfluenzae</li><li>• VIH</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Bartonella henselae</i></li><li>• <i>Streptococcus B hemolítico</i></li><li>• <i>Borrelia burgdorferi</i></li><li>• <i>Mycoplasma pneumoniae</i></li></ul>

O diagnóstico deste síndrome é essencialmente clínico, com as características essenciais incluindo o exantema papulovesicular típico, envolvendo a região malar da face e superfícies extensoras dos quatro membros, com atingimento pouco extenso do tronco, e duração de, pelo menos, dez dias, o que se verificou no caso descrito.

A presença de história pessoal de dermatite atópica e história familiar de atopia surge como mais comum em crianças com SGC, quando comparadas com a população em geral<sup>8</sup>. Permanece controverso se o surgimento de SGC em pacientes atópicos poderá reflectir apenas uma resposta diferente a estímulos diversos.

Na maioria dos casos, a apresentação é

Canespor® Pés



Rápido a tratar os fungos dos pés.



- Creme antifúngico de acção prolongada que elimina os fungos rapidamente.
- Efeito anti-inflamatório que alivia prurido e ardor.<sup>1</sup>
- Trata todos os tipos de pé-de-atleta.



Para mais informações consulte [www.canesten.pt](http://www.canesten.pt)

1. Tronnier H, Herling M, Wiebusch M, Heinrich U, Becker N. Untersuchungen zur antiphlogistischen Wirkung von bifonazol. *Akt Dermatol.* 2005; 31:21-6 Nome: Canespor. Composição: 1 g de creme contém 10 mg de bifonazol. Forma farmacêutica: Creme. Indicações: Tratamento tópico de micoses interdigitais provocadas por fungos (tinea pedum, tinea manuum) e pitíriase versicolor. Posologia e modo de administração: Utilizar uma vez por dia, de preferência à noite, antes de deitar, aplicando uma camada fina na área cutânea afectada e friccionando ligeiramente. Para obter uma cura duradoura, o tratamento deve ser efectuado durante o período indicado. Micoses do pé, pé-de-atleta (Tinea pedum, tinea pedum interdigitalis): 3 semanas; Micoses das mãos (Tinea manuum): 2-3 semanas; Pitíriase versicolor: 2 semanas. Para tratar uma área correspondente à da palma da mão é geralmente suficiente uma tira de 1 cm de comprimento. Utilização em crianças: Não foram realizados estudos aprofundados em crianças. Uma revisão dos dados clínicos relatados não evidencia a possibilidade de ocorrência de efeitos nocivos em crianças. Em lactentes, o bifonazol só deverá ser utilizado sob vigilância médica. Se os sintomas piorarem ou se persistirem para além do tempo sugerido de tratamento, poderá ser uma situação que requer tratamento por um médico. Contra-indicações: Hipersensibilidade conhecida ao bifonazol ou a qualquer dos excipientes. Advertências: Doentes com antecedentes de reacções de hipersensibilidade a outros antifúngicos imidazólicos devem utilizar medicamentos contendo bifonazol com cautela. Contém 100 mg/g de álcool cetosteárilico (pode causar reacções cutâneas locais, por exemplo, dermatite de contacto). Efeitos indesejáveis: Dor local, edema periférico, erupção, esfoliação, irritação, maceração ou sensação de queimadura cutânea no local de administração. Dermatite de contacto ou alérgica; eritema, prurido, vesiculação, eczema, pele seca. Estes efeitos secundários são reversíveis após interrupção do tratamento. Data da revisão do texto: Janeiro de 2011. Medicamento Não Sujeito a Receita Médica não comparticipado. Para mais informações contactar o Titular de AIM.Bayer Portugal S.A., R. Quinta do Pinheiro, 5, 2794-003 Carnaxide, NIF 500 043 256. | L.PT.CC.05.2013.0534

## Caso Clínico

característica, não implicando uma investigação laboratorial extensa. Apesar de inicialmente se pensar ser possível o diagnóstico etiológico através das diferentes características da erupção cutânea, em 1992, uma análise retrospectiva de 308 casos mostrou que essa diferenciação não é possível<sup>5</sup>. Continua controversa a necessidade de identificação etiológica em todos os casos de SGC, já que na maioria das vezes não terá implicação na conduta clínica e terapêutica. É, por outro lado, consensual que o diagnóstico etiológico seja procurado em crianças imunodeprimidas ou em contacto próximo com imunodeprimidos ou grávidas. De realçar que na infecção aguda por VHB, a SGC pode surgir como única manifestação da doença, e dada a sua possível cronicidade e a necessidade de monitorização apertada, se preconiza o estudo serológico para este vírus em crianças com risco aumentado de infecção por VHB, ou que apresentem hepatomegalia.

Várias patologias devem ser consideradas no diagnóstico diferencial, principalmente no início do quadro ou aquando da sua resolução (em que as características clínicas podem ser mais frustrantes) e nos casos de apresentação atípica. Patologias como eritema infeccioso, eritema multiforme, líquen plano, escabiose, estrófulo, púrpura de Henöch Schölein e erupções cutâneas a medicamentos, entre outras, podem ser confundidas com o SGC. Este diagnóstico diferencial é essencial para a atitude terapêutica (que no SGC será apenas de suporte) e para a educação e tranquilização dos pais acerca do curso tipicamente benigno, apesar de possivelmente longo, desta entidade.

No caso clínico relatado, temos uma criança de quatro anos que se apresentou no SU com exantema típico do SGC. A história clínica anterior (febre e odinofagia), a presença de adenomegalias e as alterações analíticas, levantaram a hipótese de na sua etiologia poder estar o EBV. A investigação serológica posterior

confirmou esta hipótese diagnóstica.

Apenas vigilância e tranquilização dos pais foram efectuadas neste caso, e, tal como descrito, a evolução foi favorável, com desaparecimento do exantema e normalização dos valores analíticos.

### BIBLIOGRAFIA

1. Gianotti F. Rilievi di una particolare casistica tossinfettiva caratterizzata da eruzione eritemato-infiltrativa desquamativa a foccolai lenticolari, a sede elettiva acroesposta. *G Ital Dermatol.* 1955; 96:678-9.
2. Crosti A, Gianotti F. Dermatose infantile eruttiva acroesposta di probabile origine virale. *Minerva Dermatol.* 1956; 31(Suppl):483.
3. Gianotti F. L'acrodermatite papulosa infantile "maligna". *Gaz Sanit.* 1970; 41:271-4.
4. Brandt O, Abeck D, Gianotti R, Burgdorf W. Gianotti-Crosti syndrome. *J Am Acad Dermatol.* 2006; 54:136-45.
5. Ricci G, Patrizi A, Neri I, Specchia F, Tosti G, Masi M. Gianotti-Crosti syndrome and allergic background. *Acta Derm Venereol.* 2003; 83:20.
6. 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.
7. Drago F, Crovato F, Rebora A. Gianotti-Crosti syndrome as a presenting sign of EBV-induced acute infectious mononucleosis. *Clin Exp Dermatol.* 1997; 22:301.
8. 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.