

# Síndrome del babuino

J. Morales Hernández<sup>a</sup>, J. Fleta Zaragoza<sup>a</sup>, A. Ayerza Casas<sup>a</sup>, V. de Diego Pericas<sup>b</sup>, E. Quevedo Sánchez<sup>a</sup>, M.D. Yécora Navarro<sup>a</sup> y J.L. Olivares López<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Pediatría y <sup>b</sup>Servicio de Dermatología. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España.

**Se describen los casos de tres niños diagnosticados de síndrome del babuino, definido por la aparición de lesiones dermatológicas de morfología y distribución características como consecuencia del contacto con mercurio. Se han descrito otras sustancias asociadas a la aparición de este síndrome, cuya patogenia no está del todo clara, aunque se cree que es otra forma de dermatitis de contacto. El diagnóstico se basa en la historia clínica y la exploración física y no existe un tratamiento específico.**

## Palabras clave:

*Síndrome del babuino. Dermatitis de contacto. Mercurio.*

## BABOON SYNDROME

**The cases of three children diagnosed with baboon syndrome are described, being defined by the appearance of dermatological lesions, with characteristic distribution and morphology, as a result of having been in contact with mercury. Other substances have been described associated with the appearance of this syndrome; however their pathogenesis is not completely known, and it has been suggested that it could be another form of contact dermatitis. Diagnosis is based on patient clinical history and physical examination and there is no specific treatment.**

## Key words:

*Baboon syndrome. Contact dermatitis. Mercury.*

## INTRODUCCIÓN

El síndrome del babuino es una entidad poco frecuente y escasamente diagnosticada en la infancia. Es una dermatitis aguda que aparece como consecuencia del contacto con ciertas sustancias, y se relaciona especialmente con el mercurio proveniente de la rotura de termómetros. Cursa con placas eritematosas que siguen una distribu-

ción simétrica y característica que la hace fácil de reconocer. El diagnóstico se basa en criterios clínicos y no existen pruebas complementarias que lo confirmen. Su evolución natural es hacia la remisión y no se dispone de tratamiento específico. Se describen tres casos afectados por este síndrome.

## CASOS CLÍNICOS

### Caso 1

Varón de 14 años de edad que ingresa en el servicio de pediatría para tratamiento de un problema ortopédico. En el segundo día de su estancia aparece un exantema máculo-papuloso eritematoso y pruriginoso que afecta, de forma simétrica, a ambas regiones glúteas y el tercio superior de las caras posterior e interna de ambos muslos. Se pautó tratamiento con antihistamínicos por vía oral pensando en una respuesta alérgica a sustancia no conocida. Al reinterrogar al paciente nos refiere que un día antes de su llegada a nuestro centro había estado en contacto con el mercurio proveniente de un termómetro roto. Se indicó tratamiento con hidratación y corticoides tópicos, tras lo cual se observó una remisión del cuadro al quinto día.

### Caso 2

Varón de 6 años de edad, sin antecedentes alérgicos conocidos, que acude a urgencias por presentar un exantema máculo-papuloso eritematoso confluyente y ligeramente pruriginoso, localizado en ambos glúteos, cara interna de muslos y zona lumbar. En horas previas refiere rotura de un termómetro de mercurio de forma accidental, con el que estuvo en contacto. Se instauró tratamiento con antihistamínicos por vía oral y corticoides tópicos. La sintomatología cedió al sexto día. En la figura 1 se muestran las lesiones que se observaron en este paciente.

**Correspondencia:** Dr. J. Fleta Zaragoza.  
Departamento de Pediatría. Hospital Clínico Universitario.  
Avda. San Juan Bosco, 15. 50009 Zaragoza. España.  
Correo electrónico: jfleta@unizar.es

Recibido en marzo de 2007.  
Aceptado para su publicación en abril de 2007.

### Caso 3

Varón de 10 años de edad, con antecedentes de alergia a mercurocromo, que consulta en urgencias por presentar lesiones máculo-papulosas eritematosas, pruriginosas y confluyentes de 6 días de evolución en zonas glúteas. El cuadro se inició en flexuras poplíteas y, posteriormente, se extendió a las flexuras axilares y las extremidades inferiores. En la anamnesis dirigida refiere haber estado en contacto, antes del inicio del cuadro, con un termómetro de mercurio roto. Se instauró tratamiento con corticoides tópicos, antihistamínicos y corticoides por vía oral; la sintomatología cedió en 15 días. Se realizaron posteriormente pruebas epicutáneas al mercurio y resultaron positivas en las primeras 24 h.

### DISCUSIÓN

El síndrome del babuino es una entidad descrita en 1984 por Andersen et al<sup>1</sup> como una forma especial de dermatitis de contacto sistémica causada por la exposición a sustancias de diversa índole. El término se introdujo inicialmente para diagnosticar a aquellos pacientes que, tras el contacto con algún alérgeno, sufrían reacciones cutáneas en la región glútea, de aspecto similar a la piel roja que en dicha región tienen los babuinos o mandriles. En principio su aparición se relacionó casi exclusivamente con el contacto con mercurio en personas previamente sensibilizadas, pero también se han descrito casos asociados con la exposición a otras sustancias<sup>2,3</sup>.

No se dispone de datos epidemiológicos claros sobre su incidencia, pero según algunos autores podría corresponder al 10% de todas las dermatitis de contacto<sup>4</sup>. Otros autores indican que suele ser poco frecuente en la infancia y tiene una mayor incidencia en países asiáticos, Japón en particular, debido probablemente al mayor uso de sustancias como el mercurocromo para la desinfección domiciliar de heridas. No se han observado diferencias con respecto al sexo ni predominio en edades concretas<sup>5</sup>.

Como se ha referido anteriormente, la causa más frecuente es la rotura de termómetros médicos, por lo que el alérgeno más comúnmente involucrado es el mercurio<sup>6,9</sup>. Sin embargo, se han comunicado casos asociados con la exposición a diversas sustancias, entre las que se pueden mencionar: níquel, roxitromicina, ampicilina, amoxicilina, salicilatos, heparina, aminofilina, pseudoefedrina, terbinafina, inmunoglobulinas, corticoides tópicos e, incluso, se ha publicado un caso secundario a infección faríngea por *Streptococcus pyogenes*<sup>7</sup>. El antígeno puede ponerse en contacto mediante ingestión, inhalación, de forma percutánea o inyectado.

Actualmente persisten dudas en relación con el proceso fisiopatológico que desencadena la aparición de las lesiones. Entre las diversas hipótesis, la que más se ha planteado es que se trata de una posible reacción alérgica tipo IV (inmunidad retardada celular) producida tras el contacto con alguno de estos alérgenos<sup>10</sup>. También se ha



**Figura 1.** Lesión típica del síndrome del babuino del caso 2, en el que se aprecia el intenso eritema en la región glútea.

pensado en la posibilidad de que sea una vasculitis mediada por inmunocomplejos. La sensibilización previa del paciente se suele producir por el uso de derivados tópicos del mercurio, como el mercurocromo, thiomersal y productos dentales.

Una de las posibles causas de la aparición de este síndrome es la diseminación del alérgeno por vía hematogena, lo que explicaría la presencia de síntomas y signos similares en diferentes pacientes que han estado, en algunos casos, expuestos directamente al níquel tras su administración por vía oral y, en otros casos, tras el aumento de las concentraciones sanguíneas de este metal, secundariamente al uso del disulfuro de tetraetil-tiuram.

Los hallazgos anatomopatológicos no son característicos; se observan signos inespecíficos de dermatitis y espongiosis leve, acompañada de exocitosis de células mononucleares o algún neutrófilo y edema de la dermis superior con infiltrado perivascular formado por eosinófilos, histiocitos y linfocitos. En algún caso se encontraron lesiones compatibles con vasculitis leucocitoclástica<sup>11</sup>.

No siempre existe un antecedente de dermatitis por contacto con la sustancia causante. Se suele presentar como una erupción máculo-papular confluyente, pruriginosa, de distribución característica en área glútea y cara superointerna de muslos, que puede incluir las axilas y flexuras mayores. Se ha descrito también algún caso en el que la lesión afectó a la cara posterior del cuello. Se desarrolla en varias horas o días tras la exposición a una sustancia o droga. La erupción alcanza su mayor expresividad entre el segundo y el quinto día de exposición. La evolución natural es hacia la desaparición espontánea aproximadamente a las 2 semanas, tras pasar por un proceso de descamación<sup>12,13</sup>. Existen unos criterios clínicos diagnósticos propuestos por Häusermann et al<sup>3</sup> en el año 2004, que se muestran en la tabla 1.

TABLA 1. Criterios diagnósticos del síndrome del babuino

1. Exposición a un fármaco de administración sistémica, ya sea la primera dosis o no (se excluyen alérgenos de contacto)
2. Eritema de bordes definidos en región glútea/perianal y/o eritema en forma de "V" en el área inguinal/perigenital
3. Afectación de al menos otro pliegue intertriginoso o flexura
4. Simetría de áreas afectadas
5. Ausencia de signos y síntomas sistémicos

En cuanto a las pruebas de laboratorio, en ocasiones se puede encontrar leucocitosis con o sin eosinofilia, aumento de la proteína C reactiva y proteinuria transitoria<sup>4</sup>. Al realizar las pruebas epicutáneas (*patch test*) con el alérgeno sospechoso, se produce una respuesta positiva a las 48 h, que se intensifica a las 96 h. Éste es el método más fiable, aunque se debe tener en cuenta la posibilidad de un rebrote de las lesiones como efecto secundario. Por otro lado, no existen muchos datos publicados en relación con las pruebas cutáneas con lectura tardía, como el *prick test* e intradermoreacción. Para algunos autores esta prueba debe hacerse sistemáticamente o bien si se sospecha una respuesta mediada por hipersensibilidad tipo IV. En algunos trabajos se ha publicado que estas últimas podrían ser diagnósticas<sup>6</sup>.

Se debe hacer el diagnóstico diferencial con entidades como la dermatitis atópica, dermatitis seborreica, exantemas virales de la infancia, otras toxicodermias y dermatitis de contacto no sistémicas<sup>14</sup>.

Es fundamental eliminar todo contacto con el alérgeno o fármaco desencadenante. No existe tratamiento específico, por lo que se suelen emplear medidas sintomáticas y en muchos casos corticoides tópicos o sistémicos. El más habitual es la prednisona en dosis de 0,5 a 1 mg/kg/día durante 10-15 días, con posterior disminución progresiva de la misma<sup>6,9</sup>.

El interés de este trabajo radica en que han sido muy escasas las aportaciones en publicaciones españolas. Hasta la fecha, según la revisión realizada, se han publicado algunos casos asociados a exposición al mercurio y un caso aislado, en un adulto, en el que se describe la am-

oxicilina como posible factor desencadenante<sup>15,16</sup>. Las características de los casos revisados en niños se muestran en la tabla 2. Los autores coinciden en que el diagnóstico es fundamentalmente clínico y se facilita al establecer, mediante una adecuada anamnesis, la existencia del antecedente de exposición a un posible alérgeno, principalmente el mercurio proveniente de la rotura de termómetros o del uso de antisépticos tópicos<sup>15,17,18</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

- Andersen KE, Hjorth N, Menne T. The baboon syndrome: Systemically-induced allergic contact dermatitis. *Contact Dermatitis*. 1984;10:97-100.
- Armingaud P, Martin L, Wierzbicka E, Esteve E. Baboon syndrome due to a polysensitization with corticosteroids. *Ann Dermatol Venereol*. 2005;132:675-7.
- Häusermann P, Harr T, Bircher AJ. Baboon syndrome resulting from systemic drugs: is there strife between SDRIFE and allergic contact dermatitis syndrome? *Contact Dermatitis*. 2004;51:297-310.
- Armario JC, Fernández JM. Síndrome de Baboon. *Piel*. 2003;18:422-5.
- Goossens C, Sass U, Song M. Baboon syndrome. *Dermatology*. 1997;194:421-2.
- Sánchez-Morillas L, Reano M, Rodríguez M, Iglesias C, González L, Domínguez AR. Síndrome de Baboon. *Allergol Immunopathol*. 2004;32:43-45.
- Ichimiya M, Hamamoto Y, Muto M. A case of baboon syndrome associated with group a streptococcal infection. *J Dermatol*. 2003;30:69-71.
- Fernández L, Maquieira E, García-Abujeta JL, Yáñez S, et al. Baboon syndrome due to mercury sensitivity. *Contact Dermatitis*. 1995;33:56-7.
- Alonso S, Quiñones D, López R, Rodríguez F, Martín-Gil D, Jiménez I, et al. Síndrome de Baboon. *Allergol Immunol Clin*. 2002;17 Supl 1:56-7.
- Herfs H, Schirren CG, Przybilla B, Plewig G. Baboon syndrome. A particular manifestation of hematogenous contact reaction. *Hautarzt*. 1993;44:466-9.
- Köhler LD, Schönlein K, Kautzky F, Vogt HJ. Diagnosis at first glance: The Baboon syndrome. *Int J Dermatol*. 1996;35:502-3.
- Solaz S, Montesinos E, Rodríguez A, Pérez G, Mata J, Álvarez V. Síndrome de Baboon, a propósito de un caso. *An Esp Pediatr*. 2002;56 Supl 5:156-7.

TABLA 2. Síndrome del babuino en la infancia. Características de los casos revisados

Autores	Sexo	Edad (años)	Nº de casos	Sustancia causante*	Días de evolución	Tratamiento
Fernández et al <sup>8</sup>	Mujer	3	1	Mercurio	8	Corticoides y AH
Solaz et al <sup>12</sup>	Mujer	7	1	Mercurio	7	Corticoides y AH
Zaballos et al <sup>15</sup>	Mujer	13	1	Mercurio	8	Corticoides y AH
Fuertes et al <sup>18</sup>	Varón	9	1	Mercurio	10	NC
Parra et al <sup>17</sup>	Varones	4 y 5	2	Mercurio	10	Corticoides y AH
Suárez et al <sup>14</sup>	Varón	6	1	Mercurio	7	Corticoides y AH

\*Por rotura de termómetro.

AH: antihistamínicos; NC: no consta.

13. Zaballos P, Morales AL, Salsench E, Vázquez M, Piñol J. Exantema por mercurio de presentación atípica. *An Esp Pediatr*. 2002;57:74-6.
14. Suárez S, Santos J, Concha JA, Fernández B, Sánchez del Río JL. Exantema maculopapuloso de distribución particular. *An Pediatr (Barc)*. 2005;63:273-4.
15. Alonso S, Quiñones D, López R, Rodríguez F, Martín-Gil D, Jiménez I, et al. Síndrome de Baboon. *Rev Esp Alergol Inmunol Clin*. 1998;13 Supl 2:278-9.
16. Herrero D, Garcés M, Gutiérrez MC, Carretero P, García F, Fuentes M, et al. Síndrome de Baboon por amoxicilina. *Rev Esp Alergol Inmunol Clin*. 1998;13 Supl 2:185.
17. Parra C, Tenorio V, Quilis J, Velázquez M. Síndrome del babuino: a propósito de un caso. *An Pediatr (Barc)*. 2004;61:586.
18. Fuertes S, Cañellas M, Martín A, Ferrés F, Román JM. Síndrome de Baboon. exantema por mercurio. *An Pediatr (Barc)*. 2002;56 Supl 5:199.