

Enfermedad mano-pie-boca

P. de la Cueva, E. Balbín, C. Silvente, M. Valdivielso, J.M. Hernanz
Servicio de Dermatología. Hospital «Infanta Leonor». Madrid

Resumen

La enfermedad mano-pie-boca es una entidad nosológica de causa viral, que se caracteriza por la presencia de lesiones cutáneas en la mucosa oral y las regiones acrales. En la mayoría de las ocasiones el agente causal son los virus Coxsackie, miembros de la familia picornavirus. La infección se presenta habitualmente de forma esporádica, si bien pueden existir epidemias. El tratamiento es sintomático y el pronóstico es excelente, aunque se han descrito complicaciones neurológicas y casos mortales.

Palabras clave

Exantemas virales, enanthenas

Abstract

Title: Hand, foot and mouth disease

Hand, foot and mouth disease is a nosological entity of viral origin characterised by cutaneous lesions of the oral mucosa and acral regions. In most cases the causal agent is the Coxsackie virus, a member of the Picornavirus family. The infection usually occurs sporadically, even though epidemics may occur. Its treatment is symptomatic and the prognosis is excellent, although there have been reports of neurological complications and fatal cases.

Keywords

Viral exanthems, enanthenas

Caso clínico

Niña de 11 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a la consulta por la aparición de lesiones en la mucosa oral de 3 días de evolución, moderadamente dolorosas, sobre todo a la hora de ingerir alimentos. Asimismo, presenta lesiones cutáneas paucisintomáticas en las manos y los pies, regresivas, que han surgido en las últimas 24 horas. El cuadro cutáneo mucoso se acompaña de una clínica general de astenia y febrícula desde hace aproximadamente 6 días.

En la exploración física se evidencian lesiones erosivas y máculas eritematosas de 3-5 mm de diámetro, en el paladar y la mucosa lingual (figuras 1 y 2). Se observan lesiones vesiculosas de pequeño tamaño en las palmas, las plantas y los dedos de las manos y los pies, rodeadas de un halo eritematoso (figuras 3 y 4).

Se realiza una valoración analítica, en la que se demuestran valores normales en el hemograma y la bioquímica. Se efectúan estudios serológicos que presentan positividad para el virus Coxsackie tipo B5.

Se diagnosticó a la paciente una enfermedad mano-pie-boca (EMPB), y fue tratada de forma sintomática con antipiréticos y anestésicos tópicos para las lesiones de la mucosa oral (lidocaína viscosa al 1% en orabase antes de las comidas), y fomentos de sulfato de cinc 1/1.000, 2 veces al día, para las lesiones cutáneas, dado su poder astringente y antiséptico. La evolución fue excelente, con resolución del cuadro general y las lesiones cutaneomucosas en 1 semana.

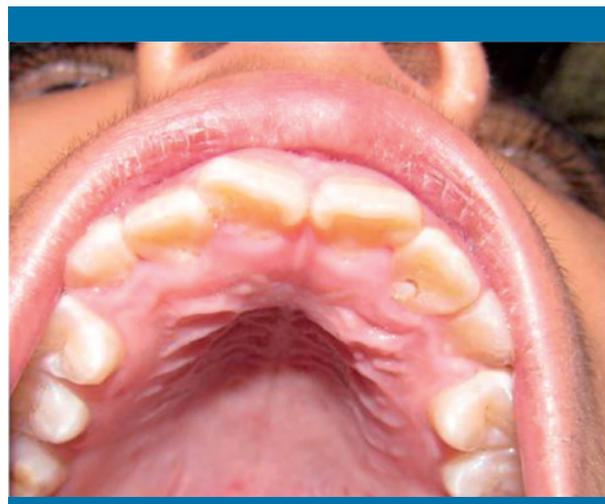


Figura 1. Lesiones erosivas localizadas en el paladar

Discusión

La EMPB está causada habitualmente por el virus Coxsackie A16, o enterovirus 71, si bien se han descrito casos relacionados con el virus Coxsackie A4-A7, A9, A10, B1-B3 y B5, este último como en el caso que presentamos. La enfermedad aparece normalmente de forma aislada, aunque en ocasiones se han producido epidemias más o menos extensas.

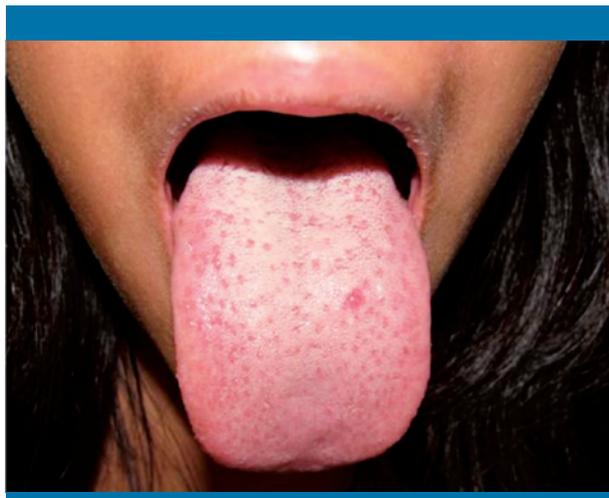


Figura 2. Lesión erosiva en el dorso lingual



Figura 3. Lesiones vesiculosas acrales en el pie

El periodo de incubación es de 3-6 días. La infección por Coxsackie es altamente contagiosa y la transmisión se produce por contacto directo con las secreciones nasales y/u orales, material fecal, o mediante gotitas aerosolizadas por vía fecal-oral u oral-oral. Existe una implantación viral en la mucosa bucal o intestinal y una posterior diseminación a los ganglios linfáticos en 24 horas. La viremia se establece rápidamente y se extiende a la mucosa oral y la piel. Aproximadamente en el día 7, los niveles de anticuerpos neutralizantes aumentan y el virus es eliminado.

La EMPB presenta un aumento de incidencia a finales del verano y principios del otoño. La mayoría de los casos se presentan en la población pediátrica menor de 10 años, aunque también se han descrito casos en la edad adulta.

Las manifestaciones clínicas de la enfermedad comienzan con un cuadro prodrómico, consistente en febrícula, anorexia, malestar general, dolor abdominal, sequedad de boca y tos. Las lesiones en la mucosa oral suelen preceder a las cutáneas, si bien pueden desarrollarse paralelamente.

La afectación oral comienza con la aparición de máculas eritematosas que se transforman en vesículas de base eritematosa. Las vesículas son difíciles de observar porque con facilidad se erosionan, ocasionando dolor. Las lesiones, de número variable (con una media de 5-10), pueden aparecer en el paladar, las encías, la lengua o la mucosa yugal. Se resuelven aproximadamente en 5-7 días.

Las lesiones cutáneas, consistentes en vesículas, aparecen típicamente en las manos, los pies y los glúteos. La afectación de las manos es más frecuente que la de los pies, y las lesiones se localizan preferentemente en el dorso de las manos y las caras laterales de los dedos. Los síntomas son escasos y el cuadro cutáneo se resuelve en 5-10 días.

El cuadro cutaneomucoso se acompaña habitualmente de febrícula, malestar general y anorexia, aunque en ocasiones



Figura 4. Lesiones vesiculosas en las manos, con un halo eritematoso característico

existe fiebre alta, diarrea, artralgias y linfadenopatías. Asimismo, se ha descrito la presencia de micocarditis, neumonía, meningoencefalitis y casos mortales.

El diagnóstico diferencial clínico se establece con la estomatitis aftosa, la varicela, el eritema exudativo multiforme y la herpangina.

La estomatitis aftosa presenta lesiones erosivo-ulceradas de tamaño variable, intensamente dolorosas, recurrentes, localizadas en la mucosa oral y sin afectación cutánea asociada. La varicela no suele presentar lesiones orales, las lesiones cutáneas son vesiculopústulas más generalizadas y no se localizan habitualmente en las palmas y las plantas. El eritema exudativo multiforme se caracteriza por la aparición de lesiones en diana o escarapela, con extensión cutánea y/o mucosa, asociada

da a infecciones previas por el virus herpes simple. La herpangina es una infección viral que afecta a la población infantil, causada por virus Coxsackie tipo A, en la que se observan lesiones ulceradas en la mucosa oral (frecuentemente en los pilares amigdalinos, la mucosa faríngea, el paladar blando y la región posterior de la mucosa oral). A diferencia de la EMPB, en la herpangina no se observan lesiones cutáneas.

Generalmente, los estudios de laboratorio no son necesarios en la EMPB. El recuento leucocitario oscila entre 4.000 y 16.000/ μ L. En ocasiones se observan linfocitos atípicos. El virus se puede aislar de muestras de las vesículas o de la superficie mucosa. Los anticuerpos neutralizantes sólo son detectables durante la fase aguda. En la actualidad, la reacción en cadena de la polimerasa es útil para distinguir entre el virus Coxsackie A16 y el enterovirus 71, ya que la EMPB causada por este último presenta una mayor virulencia.

En el estudio histopatológico, que no se realiza de forma sistemática, se observa una vesícula intraepidérmica que contiene neutrófilos y eosinófilos. Existe un edema intra/intercelular en la epidermis adyacente y la dermis presenta un infiltrado mixto.

El tratamiento de la enfermedad es sintomático y se basa en analgésicos y antipiréticos, así como en la aplicación de anes-

tésicos tópicos locales y soluciones antisépticas o antibióticos tópicos, para evitar las sobreinfecciones bacterianas.

El pronóstico, en general, es excelente, excepto en amplias epidemias causadas por enterovirus 71, principalmente en los países asiáticos, con cuadros neurológicos y hemorragias pulmonares asociadas a una mortalidad de hasta un 19%. ■

Bibliografía

- Adams SP. Dermacase. Hand-foot-and-mouth disease. *Can Fam Physician*. 1998; 44: 985-993.
- Ooi MH, Wong SC, Mohan A, et al. Identification and validation of clinical predictors for the risk of neurological involvement in children with hand, foot, and mouth disease in Sarawak. *BMC Infect Dis*. 2009; 9: 3.
- Saoji VA. Hand, foot and mouth disease in Nagpur. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2008; 74: 133-135.
- Shah VA, Chong CY, Chan KP, Ng W, Ling AF. Clinical characteristic of an outbreak of hand foot and mouth disease in Singapore. *Ann Acad Med Singapore*. 2003; 32: 381-387.
- Zhu Z, Xu WB, Xu AQ, et al. Molecular epidemiological analysis of echovirus 19 isolated from an outbreak associated with hand, foot, and mouth disease (HFMD) in Shandong Province of China. *Biomed Environ Sci*. 2007; 20(4): 321-328.