

Enfermedad boca-mano-pie atípica infantil con rasgos de eczema herpético y de acrodermatitis

Infantile atypical hand-foot-mouth disease with features of eczema herpeticum and acrodermatitis

Dra. Isabel M. Coronel-Pérez^a, Dra. Ana Porrás-González^b, Dra. Elena M. Rodríguez-Rey^c y Dr. Borja Croche-Santander^d

RESUMEN

La enfermedad boca-mano-pie puede presentarse con formas atípicas, con lesiones más generalizadas y morfología diferente a la forma clásica. A veces, incluso simula otras enfermedades víricas. En las formas atípicas, existe la tendencia a afectar a las zonas de traumatismo o inflamación. Se presenta el caso de un niño de 2 años con antecedente de atopía, que consultó por presentar lesiones papulosas y vesiculosas umbilicadas que afectaban a la zona perioral, los miembros superiores e inferiores, con predominio en las zonas de presión y de dermatitis atópica previa. Aunque clínicamente se diagnosticó eczema herpético, las pruebas complementarias fueron negativas para herpes virus. Sin embargo, la reacción en cadena de la polimerasa del contenido de una vesícula, del exudado faríngeo y de heces fue positiva para enterovirus.

Palabras clave: enfermedad de boca, mano y pie atípica, exantema vesiculoampolloso, vesículas umbilicadas, enterovirus.

ABSTRACT

Hand-foot-mouth disease can present atypically, including forms with more numerous lesions and/or morphologically different from the classic presentation. It may even mimic other viral diseases. We present the case of a 2-year-old child previously diagnosed with atopic dermatitis, who presented with papules and umbilicated vesicles affecting the perioral area and limbs, predominantly in pressure areas, as well as in areas with previous atopic lesions. Although he was clinically diagnosed with herpetic eczema, tests results were negative for herpes virus. However, positive enterovirus polymerase chain reaction results were obtained from the content of a vesicle, a pharyngeal exudate and a stool sample.

Key words: atypical hand, foot and mouth disease, vesiculobullous exanthema, umbilicated vesicles, enterovirus.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2019.e59>

Cómo citar: Coronel-Pérez IM, Porrás-González A, Rodríguez-Rey EM, Croche-Santander B. Enfermedad boca-mano-pie atípica infantil con rasgos de eczema herpético y de acrodermatitis. *Arch Argent Pediatr* 2019;117(1):e59-e62.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad boca-mano-pie (EBMP) es una causa común de exantema viral en niños, provocada, fundamentalmente, por los virus coxsackie A16 y enterovirus 71. La enfermedad es fácilmente reconocible cuando se presenta en su forma clásica: exantema asociado a fiebre y enantema y, a veces, onicomadesis y líneas de Beau unos 40 días después de la enfermedad aguda.¹ Sin embargo, puede presentarse de forma atípica, con fiebre más elevada, mayor sintomatología sistémica y manifestaciones clínicas más heterogéneas. Las complicaciones son raras, incluso en las formas atípicas, a pesar de la mayor extensión de las lesiones.

La EBMP atípica se ha relacionado con el coxsackie virus A6 sobre todo, que muestra una distribución mundial.² Clínicamente, se han descrito 4 grupos: lesiones vesiculosas generalizadas, tipo eczema herpético, tipo Gianotti-Crosti y lesiones purpúricas. Se presenta el caso de un niño que mostró rasgos de dos de estas formas clínicas: vesículas umbilicadas en las zonas de eczema atópico previo y lesiones periorales y en los miembros, que respetaban el tronco.

CASO CLÍNICO

Niño de 2 años, con antecedentes de eczema atópico y bronquitis repetidas, que consultó por febrícula de 4 días de evolución, inapetencia y erupción de lesiones cutáneas en los últimos dos días, las cuales comenzaron en las nalgas y, progresivamente, se extendieron a los cuatro miembros y a la región facial. El estado general del niño era bueno.

- Dermatología, Hospital Universitario Virgen de Valme, Sevilla.
- Pediatra del Equipo Básico de Atención Primaria (EBAP), Centro de Salud Ricardo Martínez Sánchez, Marchena, Sevilla.
- Dermatología, Hospital de la Merced, Osuna, Sevilla.
- Servicio de Pediatría, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

Correspondencia:

Dra. Isabel M. Coronel-Pérez: mcoronelperez@hotmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 12-4-2018

Aceptado: 10-9-2018

En la exploración, presentaba lesiones papulosas y vesiculoampollosas localizadas en la superficie de extensión de los miembros superiores (Figura 1), periorales y, sobre todo, en los miembros inferiores y las nalgas, donde se agrupaban en las fosas poplíteas y en las zonas de presión del pañal (Figura 2); muchas de ellas estaban umbilicadas (Figura 3). No se observaron lesiones en la mucosa oral y llamaba la atención la escasa afectación del tronco (Figura 4).

Se ingresó por sospecha de erupción variceliforme de Kaposi y se inició un tratamiento con aciclovir intravenoso. Durante 2-3 días, siguieron apareciendo nuevas vesículas, que evolucionaban a costras en 1-2 días.

La analítica general no tuvo alteraciones; el citodiagnóstico de Tzanck mostró un exudado inflamatorio agudo. La serología de virus herpes simple tipo 1 y 2 mostró una inmunoglobulina M (IgM) negativa y una inmunoglobulina G (IgG) positiva. La reacción en cadena de la polimerasa (polymerase chain reaction; PCR, por sus siglas en inglés) del líquido de una de las ampollas, del exudado faríngeo y de las heces fue positiva para enterovirus y negativa para virus herpes simple y virus varicela zóster.

Las lesiones fueron resolviéndose en los días posteriores aplicando antisépticos tópicos, y se suspendió el aciclovir cuando se recibió la PCR negativa para herpes. Una semana más tarde, presentó descamación palmoplantar y, un mes más tarde, volvió a consultar porque se le estaban desprendiendo las uñas de las manos y los pies.

DISCUSIÓN

A partir de 2008, se empezaron a describir formas atípicas de la EBMP, sobre todo, en los adultos y en los meses más fríos.³ Esta enfermedad ha sido de especial interés en las dos últimas décadas, en las que se le ha prestado más atención al haberse descrito brotes por todo el mundo.⁴⁻⁶ Son formas más difíciles de reconocer y pueden simular otras enfermedades víricas, como varicela o eczema herpético. Por tanto, puede haber casos no diagnosticados, retrasos en el diagnóstico y tratamientos inadecuados.⁷

Clínicamente, las formas atípicas de EBMP presentan lesiones más generalizadas que en la EMBP clásica, con vesículas redondeadas

FIGURA 2. Pápulas y vesículas en toda la extensión de los miembros inferiores, con predominio en las zonas de presión (calcetín, pañal) y en las fosas poplíteas



FIGURA 1. Pápulas eritematosas en la superficie de extensión del brazo y del codo y papulovesículas en el dorso de la mano izquierda



y pequeñas, en contraste con aquellas ovales y de mayor tamaño de las formas clásicas. La base de las vesículas puede ser eritematosa y, a veces, aparecen vesículas umbilicadas, ampollas, vesiculopústulas o lesiones maculopurpúricas. Además, a menudo, las lesiones muestran predilección por las áreas de inflamación previa, como la dermatitis atópica o las zonas de traumatismos.⁸ En la evolución, se ha descrito más descamación y onicomadesis que en las formas clásicas.

Mathes et al., en 2013, clasificaron las formas atípicas de la EBMP provocadas por el virus coxsackie A6 en 4 grandes grupos morfológicos:⁹

1. Lesiones vesiculoampollares y erosivas generalizadas (> 5 % de la superficie corporal), que se extendían más allá de las palmas y las plantas.
2. Erupción tipo eczema herpético (“eczema coxsackium”), con lesiones agrupadas en las zonas de dermatitis atópica (previa o activa).
3. Erupción acral similar al Gianotti-Crosti, con lesiones en la cara, los brazos, las nalgas, las piernas y relativas respecto del tronco.
4. Lesiones petequiales o purpúricas.

No obstante, en nuestro caso, la presentación clínica es difícil de clasificar en un solo tipo, ya que comparte rasgos del tipo eczema herpético (con vesículas agrupadas en los pliegues de los miembros, zonas habituales del eczema atópico que padeció el niño con anterioridad) y del tipo Gianotti-Crosti (con predominio en las zonas acrales y las nalgas).

FIGURA 3. Detalle de las lesiones cutáneas, en el que se aprecian pápulas y vesículas de contenido claro con centro umbilicado



Se ha estudiado la posible correlación entre el serotipo del virus y el fenotipo de la enfermedad, con resultados contradictorios.^{10,11}

El diagnóstico de la EBMP es clínico y no requiere pruebas complementarias. No obstante, si se precisa un diagnóstico de confirmación, se puede realizar la PCR para enterovirus en muestras de orofaringe, piel, sangre o heces. Solo el 15 % de los cultivos virales son positivos. Los test para identificar la IgM de serotipos específicos pueden ser útiles en algunos casos. La identificación concreta del enterovirus requiere la secuenciación de genes y solo se realiza de forma ocasional, como en epidemias.

El diagnóstico diferencial se realiza, fundamentalmente, con el eczema herpético (que presenta vesículas pruriginosas, dolorosas, a veces, hemorrágicas, que respetan el área del pañal, en un niño con afectación del estado general).¹² También hay que pensar en el impétigo contagioso, vasculitis, dermatosis ampollares autoinmunes, varicela (en la EBMP atípica, hay más predominio acral, vesículas periorales y no hay lesiones en el cuero cabelludo ni se agrupan), dermatitis atópica y dermatitis de contacto.

El tratamiento de estos pacientes es sintomático, manteniendo un estado de nutrición e hidratación adecuado de forma ambulatoria. Las complicaciones de la EBMP atípica obligan a la atención hospitalaria, pero no son habituales; suelen ser neurológicas y parecen ser aún menos frecuentes que en las formas clásicas, probablemente, por menor neurotropismo del coxsackievirus A6.¹³ En las formas graves, pueden usarse inmunoglobulinas intravenosas.

FIGURA 4. Respeto del tronco en la presentación clínica de las lesiones



REFERENCIAS

1. Bracho MA, González-Candelas F, Valero A, Córdoba J, et al. Enterovirus co-infections and onychomadesis after hand, foot and mouth disease, Spain, 2008. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22172227> *Emerg Infect Dis.* 2011; 17(12):2223-31.
2. Nassef C, Ziemer C, Morrell DS. Hand-foot-and-mouth disease: a new look at a classic viral rash. *Curr Opin Pediatr.* 2015; 27(4):486-91.
3. Osterback R, Vuorinen T, Linna M, Susi P, et al. Coxsackievirus A6 and hand, foot, and mouth disease, Finland. *Emerg Infect Dis.* 2009; 15(9):1485-8.
4. Neri I, Dondi A, Wollenberg A, Ricci L, et al. Atypical forms of hand, foot and mouth disease: a prospective study of 47 Italian children. *Pediatr Dermatol.* 2016; 33(4):429-37.
5. Renert-Yuval Y, Marva E, Weil M, Shulman L, et al. Coxsackievirus A6 polymorphic exanthem in Israeli children. *Acta Derm Venereol.* 2016; 96(4):546-9.
6. Yan X, Zhang ZZ, Yang ZH, Zhu CM, et al. Clinical and etiological characteristics of atypical hand-foot-and-mouth disease in children from Chongqing, China: a retrospective study. *Biomed Res Int.* 2015; 2015:802046.
7. Maroñas Jiménez L, Vázquez Osorio I. Enfermedad boca-mano-pie atípica: claves para su diagnóstico clínico. *Piel.* 2016; 31(10):667-9.
8. Lynch MD, Sears A, Cookson H, Lew T, et al. Disseminated coxsackievirus A6 affecting children with atopic dermatitis. *Clin Exp Dermatol.* 2015; 40(5):525-8.
9. Mathes EF, Oza V, Frieden IJ, Cordoro KM, et al. "Eczema coxsackium" and unusual cutaneous findings in an enterovirus outbreak. *Pediatrics.* 2013; 132(1):e149-57.
10. Hubiche T, Schuffenecker I, Boralevi F, Léauté-Labrèze C, et al. Dermatological spectrum of hand, foot and mouth disease from classical to generalized exanthema. *Pediatr Infect Dis J.* 2014; 33(4):e92-8.
11. Wei SH, Huang YP, Liu MC, Tsou TP, et al. An outbreak of coxsackievirus A6 hand, foot, and mouth disease associated with onychomadesis in Taiwan, 2010. *BMC Infect Dis.* 2011; 11:346.
12. López García AM, Molina Gutiérrez MA, Sánchez Orta A, González Bertolin I. Eczema coxsackium y otra presentación atípica de la enfermedad de mano-pie-boca. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2016; 18(69):45-8.
13. Hayman R, Shepherd M, Tarring C, Best E. Outbreak of variant hand-foot-and-mouth disease caused by coxsackievirus A6 in Auckland, New Zealand. *J Paediatr Child Health.* 2014; 50(10):751-5.