

Caso para diagnóstico. Dermatosis ampollosa

Dra. Iliana López Zaragoza,* Dr. Edmundo Velásquez González,** Dra. Enriqueta Morales Barrera***



Figuras 1, 2 y 3. Aspecto clínico de las lesiones, afecta palmas, plantas y paladar blando.

Se trata de un escolar del género masculino de 5 años de edad con el antecedente de rinofaringitis, presentado 3 días previos, bajo tratamiento sintomático con ingesta de líquidos y paracetamol. Acude al Centro Dermatológico Pascua con dermatosis diseminada a cabeza y extremidades superiores e inferiores, de la que afecta cara, y de ésta, cavidad oral a nivel de paladar blando y carrillos (*Figura 1*); en miembros torácicos afecta ambas manos en caras laterales y palmas, en miembros pélvicos afecta caras laterales de primeros dedos y plantas (*Figuras 2 y 3*). Constituida por vesículas de entre 0.2 y 0.5 cm de diámetro, color gris perlado

rodeadas por un halo eritematoso; de evolución aguda y asintomática.⁴

La madre del paciente refería una evolución de 24 horas, con la aparición espontánea de pequeños «granitos rojos» que le producían leve prurito; 12 horas más tarde con la aparición de febrícula y dos úlceras y una vesícula en el paladar que no le dificultaron la alimentación. En el resto de la piel y anexos así como en el examen médico general no se encontraron datos patológicos.

Con los datos clínicos presentados: ¿Cuál es su diagnóstico?

www.medigraphic.com

* Residente 4to año Dermatología, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Jefe del Departamento de Dermatología del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional SXXI.

*** Dermatóloga, CDP.

DIAGNÓSTICO: ENFERMEDAD MANO-PIE-BOCA

La enfermedad de manos, pies y boca (EMPB) es considerada una entidad benigna y autolimitada, ocasionada por enterovirus.¹ El más común de éstos, es el virus *Coxsackie A16* y con menor frecuencia los virus *Coxsackie A5, A7, A9, A10, B2 y B5* así como el *enterovirus 71*, este último asociado con una morbilidad y mortalidad importante.² En 1957 Robinson y col. describieron en Canadá un brote caracterizado por fiebre, lesiones faríngeas y un exantema vesicular sobre las extremidades asociado con el virus *Coxsackie*. Alsop y col. en 1959 informaron en el Reino Unido un brote de características similares y acuñaron el nombre de *enfermedad de manos, pies y boca*. En 1969 la infección por el *enterovirus 71* fue identificada por primera vez y desde ese momento se le ha relacionado con casos individuales o brotes de EMPB.^{1,3}

La EMPB tiene distribución mundial y se presenta en casos aislados o en brotes. Como cualquier infección enteroviral, en general se presenta desde el verano hasta el final del otoño, en los climas templados y durante todo el año en las zonas tropicales. Afecta principalmente a niños pequeños y la mayor parte de los casos se presentan entre los 6 meses y 5 primeros años de vida; los virus que producen la enfermedad son fácilmente contagiados de una persona a otra (contaminación fecal-oral u oral-oral) y las guarderías a veces son un medio fértil para que se contagie la enfermedad; la diseminación intrafamiliar es común. Los convivientes adultos también pueden contagiarse pero por lo general, sin manifestaciones clínicas.^{2,4}

La infección comienza por la ingestión de materia fecal que contiene al virus, el cual infecta la orofaringe o el tracto gastrointestinal. El sitio de replicación viral inicial en la célula, no se conoce en cuál, pero puede ser que intervengan las células M del tracto gastrointestinal. Posterior a 1-3 días la replicación se detecta en tejido linfóide regional, produciéndose una viremia «menor». Esta etapa no tiene manifestación clínica pero produce la diseminación del virus hacia tejidos reticuloendoteliales como médula ósea, bazo, hígado y ganglios linfáticos profundos. Se considera que en la mayoría de los casos de infección enteroviral, en este sitio la replicación del virus está frenada por las defensas del huésped y las manifestaciones clínicas no aparecen. Pero en un grupo pequeño, la replicación viral continúa provocando una viremia «mayor», y es probable que ésta sea la responsable del componente febril «inespecífico o prodrómico. La vire-

mia mayor es la consecuencia de la diseminación del virus hacia órganos terminales afectados por la enfermedad, como la piel y la mucosa oral; y en algunos casos a sistema nervioso central o el corazón. El periodo de incubación de la EMPB es corto, generalmente entre 3 y 6 días.^{4,5}

La EMPB comienza con una enfermedad prodrómica inespecífica con fiebre (38-39 °C) que dura 1 a 2 días acompañada por debilidad y síntomas de vías respiratorias superiores o dolor abdominal inespecífico. La manifestación característica de la enfermedad es la aparición de lesiones dolorosas en la boca, en general escasas (entre 5 y 10) y se encuentran más a menudo en la lengua, mucosa oral o el paladar duro, pero pueden presentarse en cualquier lugar de la orofaringe. Las lesiones comienzan como máculas y pápulas eritematosas de 2 a 8 mm de diámetro, las cuales se convierten rápidamente en vesículas con base eritematosa. Las vesículas se erosionan rápidamente y forman ulceraciones superficiales de color amarillo y gris rodeadas por un halo eritematoso. Varias vesículas pueden coalescer para formar lesiones de aspecto ampolloso.^{3,5}

En cuanto a las lesiones periféricas cutáneas éstas aparecen en alrededor del 75% de los pacientes y lo hacen de forma simultánea con las lesiones bucales. Las lesiones se producen en la parte distal de las extremidades y son más comunes en las manos que en los pies. Las superficies extensoras y laterales de los dedos de manos, palmas, dedos de pies y plantas se encuentran comprometidas con mayor frecuencia. Las lesiones suelen ser dolorosas y sensibles a la presión, pero en la mayoría de los casos son asintomáticas. La evolución de estas lesiones cutáneas es similar a las lesiones bucales. Las vesículas se colapsan y forman costras que se resuelven en forma gradual en 7-10 días, y sin dejar secuelas.^{5,6}

Histopatológicamente las lesiones cutáneas de la EMPB se caracterizan por vesículas intraepidérmicas con infiltrado leucocitario polimorfonuclear y mononuclear que contiene líquido y material eosinófilo proteico. La epidermis de la pared de las ampollas tiene células disqueratóticas y acantolíticas.^{4,5}

El diagnóstico se basa en el cuadro clínico característico del enantema oral y exantema vesicular en las extremidades, casi siempre acompañado por enfermedad febril leve. No es necesario la complementación con pruebas de laboratorio, excepto ante la presencia de manifestaciones inusuales o graves. El diagnóstico definitivo se realiza por medio del aislamiento del virus en las fauces o en las heces, pero ofrece sólo una evidencia etiológica presuntiva por-

que los enterovirus pueden haberse alojado semanas antes en la orofaringe y aún más tiempo en las heces, y por lo tanto, su presencia puede reflejar una infección intercurrente no relacionada.^{2,7}

Cuando sólo están presentes las lesiones bucales, debemos entonces considerar para su diagnóstico diferencial la gingivoestomatitis herpética primaria, herpangina, eritema multiforme, varicela y úlcera aftosa recurrente. En piel el diagnóstico diferencial se realiza con varicela, acropapulosis de la infancia, prurigo ampolloso, dishidrosis y epidermólisis ampollosa simple.⁷

La EMPB, por tratarse de una entidad de naturaleza autolimitada que se resuelve en 7 a 10 días y debido a la falta de una terapéutica específica para el virus, el tratamiento es sintomático. Se puede emplear enjuagues inespecíficos para aliviar el malestar bucal. Algunos autores recomiendan enjuagues bucales a base de gel de hidróxido de aluminio y magnesio, tres veces al día hasta la desaparición de las lesiones.^{1,7}

BIBLIOGRAFÍA

1. Modlin JF. *Coxsackie*, echoviruses and newer enteroviruses. In: *Principles and practice of infectious diseases*. 5th ed. Edited by GL Mandell, JE Bennett and R Dolin. Philadelphia, Churchill-Livingstone, 2000: 1904.
2. Abukar S et al. Adenovirus in EV71 associated hand, foot and mouth disease. *Lancet* 2000; 355: 146.
3. Dolin R. Enterovirus 71-emerging infectious and emerging questions. *N Engl J Med* 1999; 341: 984.
4. Robinson CR, Doane FW, Rhodes AJ. Report of an outbreak of febrile illness with pharyngeal lesions and exanthema: Toronto, 1957, Isolation of group A *Coxsackie* virus. *Can Med Assoc J* 1958; 76: 615.
5. Hiller HR. La enfermedad de manos el pie y la boca. El Nuevo Diario. www.elnuevodiario.com.ni/archivo2000.
6. Martínez EV, Laureano LM. La enfermedad manos-pie-boca. Presentación de un caso y Revisión de la Literatura. *Rev Cent Dermatol Pascua* 1999; 8(1): 21-24.
7. Alder JL, Mostow SR, Meblin H, Janney JH, Joseph JM. Epidemiologic investigation of hand, foot and mouth disease. *Am JDS Child* 1970; 120: 309.