

Caso para diagnóstico

Vesículas en mucosa oral

María Enriqueta Morales Barrera,* Paola Castañeda Gameros**

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente del sexo masculino de 4 años de edad, su madre nos indicó que inició siete días previos a su consulta con odinofagia, anorexia y mal estado general. Tres días después observó la presencia de «vesículas» en la boca y dos días más tarde notó las mismas lesiones en palmas y en plantas. Como tratamiento previo refiere la ingesta de paracetamol. A la exploración física se observó una dermatosis diseminada a la cabeza de la que afectaba mucosa oral a nivel de lengua, carrillos y paladar (*Figura 1*); de las extremidades superiores comprometía la cara dorsal y palmar de las manos (*Figura 2*); de las extremidades inferiores, cara dorsal y cara lateral de ortejos y talones (*Figuras 3 y 4*). Constituida por numerosas vesículas blanquecinas de 3 a 7 mm, ovales con un halo eritematoso en la periferia. En la mucosa oral, además de las vesículas antes descritas, también se observaron algunas exulceraciones. El resto de la piel y anexos sin alteraciones.

Con los datos antes descritos, ¿cuál es su diagnóstico?



Figura 1.
Aspecto clínico de las lesiones en la mucosa oral.



Figuras 2, 3 y 4. Vesículas ovales y blanquecinas con halo eritematoso en manos y pies.

* Médico adscrito, Servicio de Dermatología Pediátrica.

** Residente de Segundo Año.

Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua», SSDF.

ENFERMEDAD DE MANO, PIE Y BOCA

La enfermedad de mano, pie y boca (EMPB) fue descrita por primera vez en el verano de 1957 en Toronto, Canadá, donde se aisló el virus Coxsackie A de un grupo de pacientes que presentaban un cuadro de enfermedad febril asociada a exantema y lesiones a nivel faríngeo,¹ aunque no fue mencionada en la literatura hasta 1960 durante una epidemia en Birmingham, Inglaterra.^{2,3} Forma parte de los exantemas virales propios de la infancia, es de origen viral y de distribución mundial; aunque en las últimas décadas se ha observado una mayor incidencia en países asiáticos como China y Japón.⁴ Se caracteriza clínicamente por la presencia de una erupción vesicular en palmas y plantas, así como úlceras orales.⁵ Afecta generalmente a niños menores de 10 años de edad, (fundamentalmente a menores de 5);^{4,6} aunque existen casos descritos en adultos.⁵ Predomina por igual en ambos sexos, aunque en algunas series de casos se ha observado una mayor incidencia en el sexo masculino.⁵ Tiene un patrón epidémico y/o estacional, con una mayor incidencia en los meses cálidos.⁶

La EMPB es ocasionada por diferentes serotipos del grupo de los enterovirus no-polio, entre ellos el Coxsackie tipos A y B, aunque el más común es el A16; también existen otros serotipos asociados con menor frecuencia a este síndrome, como el A4, A5, A9, A10, B2 y B5, así como el enterovirus 71; este último es el más frecuente en países asiáticos.⁴⁻⁷ Su transmisión se realiza por vía oral-oral, vía fecal-oral en países en desarrollo y en aquéllos del primer mundo se cree que la principal es la respiratoria.⁶⁻⁸ También se ha descrito su transmisión al entrar en contacto con vesículas rotas u objetos contaminados, esto debido a que se ha observado que los virus sobreviven por largo tiempo en el medio ambiente y que son resistentes a bactericidas.^{6,7}

Su periodo de incubación fluctúa entre 3 y 7 días.^{7,9} Los enterovirus se multiplican en el sistema gastrointestinal, posteriormente se propagan a los ganglios linfáticos regionales y la viremia se manifiesta después de 72 horas. Puede existir un pródromo de 12 a 24 horas de duración, constituido por fiebre de leve a moderada, malestar general, falta de apetito, linfadenopatías y síntomas respiratorios inespecíficos, presentándose más tarde las manifestaciones a nivel de la piel.^{2,7} Este cuadro es más intenso en infecciones secundarias al enterovirus EV71 pues dura más de tres días y generalmente cursa con fiebre mayor de 39 °C.⁷

El enantema se caracteriza por vesículas que rápidamente se ulceran produciendo numerosas úlceras

superficiales con halo eritematoso, sobre un fondo gris; éstas se observan generalmente a nivel de la lengua, encías, carrillos, paladar duro y úvula, lugar donde se localizan con más frecuencia.^{2,5} Pueden llegar a causar dolor, lo que en ocasiones dificulta la alimentación. Despues de uno a dos días aparece un exantema maculopapular o vesicular en palmas y plantas, el cual puede extenderse a glúteos, área perianal, rodillas y codos; característicamente adoptan una forma elíptica con un halo eritematoso, para posteriormente dejar costras que desaparecerán 2 a 7 días después, sin dejar cicatriz.^{2,9-11}

Otras manifestaciones clínicas recientemente descritas en la literatura son las alteraciones a nivel de la lámina ungueal como onicomadesis y líneas de Beau, aparentemente sin relación con la severidad del cuadro clínico, con resolución sin secuelas.^{3,12}

Generalmente es una enfermedad benigna y autolimitada; sin embargo, algunos pacientes pueden desarrollar complicaciones severas incluyendo meningitis, encefalitis, parálisis flácida aguda, miocarditis, edema pulmonar o incluso la muerte, cuando se presenta infección por el enterovirus EV 71.^{2,9,10,11} Estas complicaciones aparecen tempranamente, entre los días 2 y 5 de haber iniciado el cuadro, característicamente en niños menores de 5 años, quienes cursan con vómito y menor incidencia de enantema.⁷

El diagnóstico se realiza en función de las características clínicas y no son necesarios exámenes complementarios. Si se decide hacerlos, el de elección es el cultivo viral,⁸ y se obtiene de la recolección de heces fecales, sangre o del fluido de las vesículas.⁸ Existen actualmente otros estudios serológicos como la identificación del virus por reacción en cadena de la polimerasa.^{8,9} En la biopsia se observa una vesícula intraepidérmica con necrosis y células acantolíticas, así como degeneración balonizante y reticular de la epidermis, sin cuerpos de inclusión.^{8,10}

Sus principales diagnósticos diferenciales en ausencia de lesiones cutáneas son gingivoestomatitis secundaria a herpes simple, herpangina y estomatitis aftosa, entre otros.^{11,13}

Tiene un curso benigno y se autolimita con excelente pronóstico. El tratamiento, por lo tanto, es de soporte y sintomático. Actualmente se encuentran en estudio algunos antirretrovirales como el plecoranil, el cual interfiere con la adhesión del enterovirus al unirse a la cápside, con resultados alentadores *in vitro* y en algunos estudios clínicos.¹³ Otro antiviral en estudio es el ruprintivir, que se une a la proteasa 3C del EV71, además se ha observado que mejora la

sintomatología en los casos graves.¹⁴ Sin embargo, aún continúan en estudio.

COMENTARIO

Al paciente se le indicó como tratamiento la utilización de enjuagues bucales con «solución Philadelphia» (difenhidramina, en combinación con gel de hidróxido de aluminio y magnesio) y en las lesiones cutáneas aplicar sólo crema inerte. Cursó con buena evolución, con remisión de su cuadro a los 5 días, sin complicaciones. La importancia de este caso radica en que al realizar un diagnóstico oportuno, se da un manejo adecuado, evitando así posibles complicaciones asociadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Robinson CR, Doane FW, Rhodes AJ. Report of an outbreak of febrile illness with pharyngeal lesions and exanthem: Toronto, Summer 1957—Isolation of Group A Coxsackie Virus. *Can Med Assoc J* 1958; 79: 615-621.
2. Ghosh SK, Bandyopadhyay D, Ghosh A, Dutta A, Biswas S, Mandal RK, Jamadar NS. Mucocutaneous features of hand, foot, and mouth disease: A reappraisal from an outbreak in the city of Kolkata. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2010; 76: 564-566.
3. Clements GC, Mancini AJ. Nail matrix arrest following hand-foot-mouth disease: A report of five children. *Pediatric Dermatology* 2000; 17: 7-11.
4. Wang JF, Guo YS, Christakos G, Yang WZ, Liao YL, Li ZJ, Li XZ, Lai SJ, Chen HY. Hand, foot and mouth disease: spatiotemporal transmission and climate. *Int J Health Geogr* 2011; 10: 25.
5. Oumeish OY. Common acrally distributed dermatoses. *Clinics in Dermatology* 2011; 29: 130-139.
6. Ma E, Lam T, Wong C, Chuang K. Is hand, foot and mouth disease associated with meteorological parameters? *Epidemiol Infect* 2010; 138: 1779-1788.
7. Wong SS, Yip CC, Lau SK, Yuen KY. Human enterovirus 71 and hand, foot and mouth disease. *Epidemiol Infect* 2010; 138(8): 1071-1089.
8. Shin UJ, Oh SH, Lee HJ. A case of hand-foot-mouth disease in an immunocompetent adult. *Ann Dermatol* 2010; 22(2): 216-218.
9. Saoji VA. Hand, foot and mouth disease in Nagpur. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2008; 74: 133-135.
10. Arenas R. Enfermedad de mano-pie-boca. En: Arenas R. *Dermatología atlas, diagnóstico y tratamiento*. Cuarta edición. México: Interamericana, McGraw-Hill; 2009: 190-191.
11. Mehta KIS, Mahajan V. Hand foot and mouth disease. *Indian Pediatrics* 2010; 47: 345-346.
12. Onychomadesis outbreak in Valencia, Spain associated with hand, foot, and mouth disease caused by enteroviruses. *Pediatric Dermatology* 2011; 28(1): 1-5.
13. Mancini AJ, Shani-Adir A. Infections, Infestations and Bites. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Rapini RP. *Dermatology*. Second Edition. Spain: ElServier Limited; 2008: 1219-1238.
14. Zhang XN, Song ZG, Jiang T, Shi BS, Hu YW, Yuan ZH. Rupintrivir is a promising candidate for treating severe cases of Enterovirus-71 infection. *World J Gastroenterol* 2010; 16(2): 201-9.

Correspondencia:

Dra. María Enriqueta Morales Barrera
Dr. Vértiz Núm. 464, Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc,
México 06780, D.F.
Tel. 5519 6351
E-mail: moralesbqt@yahoo.com.mx