

## 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 ortijos y talones (*Figuras 3 y 4*). Constituida por numerosas vesículas blanquecinas de 3 a 7 mm, ovals con un halo erite-

matoso 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 blanqueci-  
nas 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 Cocksackie A de un grupo de pacientes que presentaban un cuadro de enfermedad febril asociada a exantema y lesiones a nivel faríngeo,<sup>1</sup> aunque no fue mencionada en la literatura hasta 1960 durante una epidemia en Birmingham, Inglaterra.<sup>2,3</sup> 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.<sup>4</sup> Se caracteriza clínicamente por la presencia de una erupción vesicular en palmas y plantas, así como úlceras orales.<sup>5</sup> Afecta generalmente a niños menores de 10 años de edad, (fundamentalmente a menores de 5);<sup>4,6</sup> aunque existen casos descritos en adultos.<sup>5</sup> Predomina por igual en ambos sexos, aunque en algunas series de casos se ha observado una mayor incidencia en el sexo masculino.<sup>5</sup> Tiene un patrón epidémico y/o estacional, con una mayor incidencia en los meses cálidos.<sup>6</sup>

La EMPB es ocasionada por diferentes serotipos del grupo de los enterovirus no-polio, entre ellos el Cocksackie 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.<sup>4,7</sup> 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.<sup>6-8</sup> 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.<sup>6,7</sup>

Su periodo de incubación fluctúa entre 3 y 7 días.<sup>7,9</sup> 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.<sup>2,7</sup> 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.<sup>7</sup>

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.<sup>2,5</sup> Pueden llegar a causar dolor, lo que en ocasiones dificulta la alimentación. Después 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.<sup>2,9-11</sup>

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.<sup>3,12</sup>

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.<sup>2,9,10,11</sup> 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.<sup>7</sup>

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,<sup>8</sup> y se obtiene de la recolección de heces fecales, sangre o del fluido de las vesículas.<sup>8</sup> Existen actualmente otros estudios serológicos como la identificación del virus por reacción en cadena de la polimerasa.<sup>8,9</sup> 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.<sup>8,10</sup>

Sus principales diagnósticos diferenciales en ausencia de lesiones cutáneas son gingivostomatitis secundaria a herpes simple, herpangina y estomatitis aftosa, entre otros.<sup>11,13</sup>

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.<sup>13</sup> 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.<sup>14</sup> 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: Elsevier 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