



Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica

www.elsevier.es/eimc



Diagnóstico a primera vista

Preescolar con exantema cutáneo y fiebre

Infant with exanthema and fever

Sara Barbed-Ferrández^{a,*}, Marta Arrudi-Moreno^a, Marcial Álvarez-Salafranca^b
y Matilde Bustillo-Alonso^a

^a Servicio de Pediatría, Hospital Materno-Infantil Miguel Servet, Zaragoza, España

^b Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza, España



Introducción

La enfermedad mano-pie-boca es una infección aguda viral caracterizada por fiebre junto con exantema vesiculoso, que afecta de forma predominante a palmas de las manos, plantas de los pies y mucosa oral¹. Los agentes etiológicos aislados con mayor frecuencia son el virus *Coxsackie* A16 y el enterovirus humano 71^{2,3}, aunque otros enterovirus, principalmente de clase A, así como *Echovirus*, han sido identificados^{4,5}. El mecanismo de transmisión se produce por vía feco-oral, a través de secreciones respiratorias, o bien, del contacto con el exudado de las lesiones⁶, ya que el virus se replica en faringe e intestino. Esta enfermedad afecta de forma predominante a niños menores de 5 años⁶.

Caso clínico

Niño de 2 años que acude al servicio de urgencias por la aparición de un exantema pruriginoso, inicialmente perioral, y con afectación palmo-plantar, en pocas horas generalizado a glúteos, extremidades superiores e inferiores, con predominio distal, pabellón auricular y ligera afectación a nivel abdominal. Se trata de unas lesiones vesiculosas sobre base eritematosa y, en ocasiones, purpúrica, algunas costrosas que confluyen formando placas junto con lesiones petequiales aisladas en abdomen. En zona peribucal, presenta lesiones en fase de costra impetiginizadas. Durante las 48 h previas había presentado un cuadro febril, con pico máximo de 38,5 °C junto con rinitis y tos. El examen sistemático por aparatos fue anodino salvo el exantema descrito. Como antecedentes personales destacaba la presencia de una dermatitis atópica mal controlada. Con el objetivo de filiar la etiología del cuadro, se realizó analítica de sangre con hemograma, hemostasia, bioquímica, incluyendo marcadores de infección, así como estudio microbiológico tomando muestra para hemocultivo y serologías (VHB, VHC, CMV, micoplasma, VEB y parvovirus). Se recogió, también,

muestra de exudado vesicular con el objetivo de realizar análisis por PCR de enterovirus, frotis cutáneo para descartar sobreinfección bacteriana y aspirado nasofaríngeo. Tanto el hemograma como la bioquímica y hemostasia fueron anodinos, siendo los marcadores de infección discretamente elevados, obteniéndose una PCR de 3,22 mg/dl y una PCT de 0,33 ng/ml. El estudio microbiológico únicamente demostró el aislamiento de flora saprofita (*Candida parasilopsis*) y el análisis de PCR para enterovirus resultó ser positivo, por lo que se envió la muestra al laboratorio de referencia para genotipado, hallándose en dicha muestra la presencia del virus *Coxsackie* A6. Se instauró tratamiento con hidroxicina vía oral y amoxicilina-clavulánico intravenoso, además de mupirocina tópica sobre las lesiones sobreinfectadas. Durante el ingreso y el posterior seguimiento en consulta, se objetivó una evolución adecuada de las lesiones, desapareciendo estas sin dejar cicatriz, así como una intensa descamación furfurácea (figs. 1-4).

Comentarios

Se trata de un caso esporádico, atendido en el servicio de urgencias de nuestro centro, que forma parte del espectro más grave y diseminado de la enfermedad mano-pie-boca, denominado «eczema *coxsackium*» y clasificado a partir de casos con similares características, reportados a los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Desde el año 2008, el virus *Coxsackie* A6, detectado de forma infrecuente hasta ese momento, como causante de esta enfermedad, ha sido relacionado como el agente etiológico implicado en estos brotes más severos, inicialmente en Asia Occidental y Europa, y más recientemente en Estados Unidos⁶.

El periodo de la infancia de mayor incidencia se estima entre los 12-36 meses, periodo en el que se encuentra nuestro paciente, de 24 meses de edad. Clínicamente, tal y como ha sido publicado y revisado en casos similares hasta la fecha, el cuadro se diferencia de la enfermedad clásica, por una mayor afectación cutánea, pudiendo implicar al dorso de manos y pies, pantorrillas, antebrazos, tronco y cuello, así como por un menor porcentaje de casos con afectación intraoral, tal y como ocurre en nuestro paciente^{4,7}. Las

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sarabarbed@hotmail.com (S. Barbed-Ferrández).

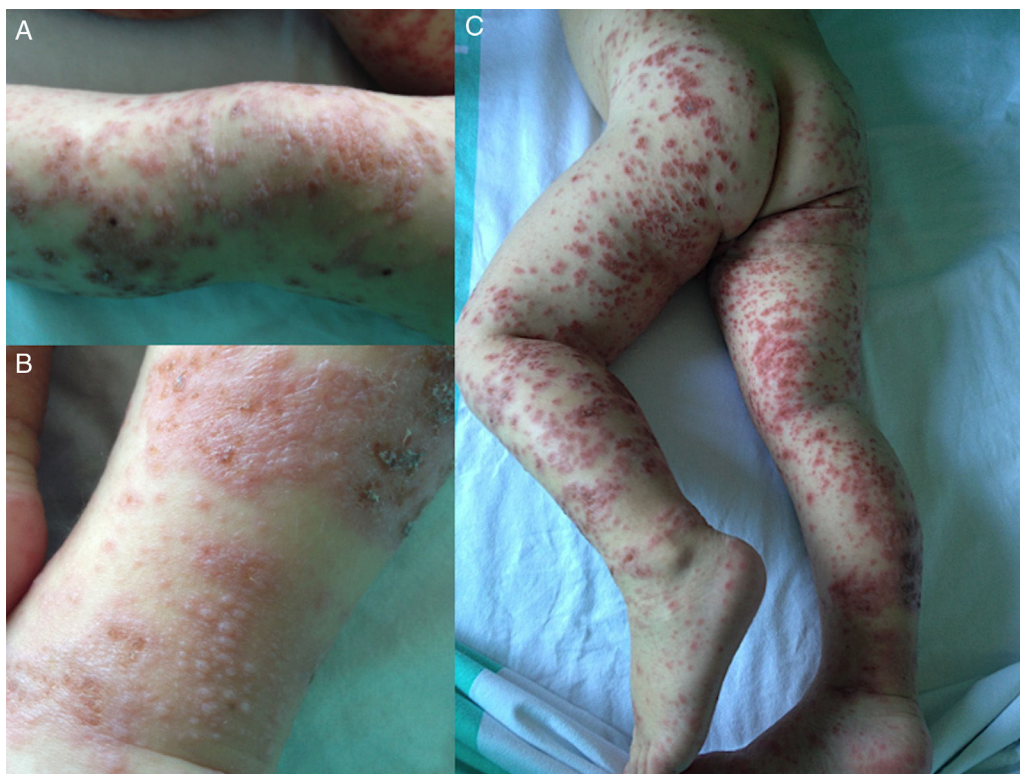


Figura 1. A y B) Se aprecian las lesiones elementales en forma de vesículas sobre base eritematosa, formando agrupaciones, así como algunas lesiones cubiertas por costras. C) Se observa la extensión de las lesiones a lo largo de las extremidades inferiores y la zona glútea, predominando en la zona distal y presentando algunas de ellas, una base purpúrica.



Figura 2. A) Se observan lesiones en el área peribucal y las narinas, cubiertas por costras melicéricas que sugieren impetiginización. B y D) Se observa la afectación de palmas y plantas. C) Se observa la importante afectación lesional del pabellón auricular.



Figura 3. Se observa la afectación del dorso de la mano y la extensión de las lesiones a lo largo del miembro superior, con predominio distal.



Figura 4. Se observan con mayor detalle la afectación a nivel de glúteos, con las lesiones vesiculosas con base eritematosa cubiertas en su mayoría por costras.

lesiones tienden a coalescer formando grandes lesiones ampollas, evolucionando a erosiones y costras. El desarrollo de afectación pápulo-vesiculosa perioral se ha asociado con la infección producida por parte del *Coxsackie A6*⁶. De forma similar al eczema *herpeticum*, en niños afectos de dermatitis atópica, como ocurre en nuestro caso, las lesiones vesiculosas tienden a diseminarse en las zonas eczematosas⁷.

Según los casos reportados hasta la fecha, el curso de esta nueva variante es agudo y benigno, similar al cuadro típico. Los síntomas sistémicos desaparecen en pocos días, y las lesiones cutáneas se resuelven sin dejar cicatriz en días o semanas.

Bibliografía

1. Cabrerizo M, Tarragó D, Muñoz-Almagro C, del Amo E, Domínguez-Gil M, Eiros JM, et al. Molecular epidemiology of enterovirus 71, *coxsackievirus* A16 and A6 associated with hand, foot and mouth disease in Spain. *Clin Microbiol Infect.* 2014;20:0150–6.
2. Hosoya M, Kawasaki Y, Sato M, Honzumi K, Hayashi A, Hiroshima T, et al. Genetic diversity of *coxsackievirus* A16 associated with hand, foot, and mouth disease epidemics in Japan from 1983 to 2003. *J Clin Microbiol.* 2007;45:112–20.
3. Wong SS, Yip CC, Lau SK, Yuen KY. Human enterovirus 71 and hand, foot and mouth disease. *Epidemiol Infect.* 2010;138:1071–89.
4. Feder HM Jr, Bennett N, Modlin JF. Atypical hand, foot, and mouth disease: A vesiculobullous eruption caused by *Coxsackie* virus A6. *Lancet Infect Dis.* 2014;14:83–6.
5. Han JF, Xu S, Zhang Y, Zhu SY, Wu DL, Yang XD, et al. Hand, foot, and mouth disease outbreak caused by *coxsackievirus* A6, China, 2013. *J Infect.* 2014;69:303–5.
6. Montes M, Artieda J, Piñero LD, Gastesi M, Díez-Nieves I, Cilla G. Hand, foot, and mouth disease outbreak and *coxsackievirus* A6, northern Spain, 2011. *Emerg Infect Dis.* 2013;19, doi: 10.3201/eid1904.121589.
7. Mathes EF, Oza V, Frieden IJ, Cordero KM, Yagi S, Howard R, et al. Eczema *coxsackium* and unusual cutaneous findings in an enterovirus outbreak. *Pediatrics.* 2013;132:e149–57.