

D. Morgado-Carrasco, J. Riera-Monroig, X. Fustà-Novell y M. Alsina Gibert*

Servicio de Dermatología, Hospital Clínic de Barcelona, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: malsina@clinic.cat (M. Alsina Gibert).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.07.019>

0001-7310/

© 2017 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Enfermedad boca-mano-pie atípica vesículo-ampollosa en 2 adultos



Atypical Vesicular-Bullous Hand-Foot-Mouth Disease in 2 Adults

Sra. Directora:

La enfermedad boca-mano-pie (EBMP) es una enfermedad exantemática de predominio en la edad pediátrica¹. De forma clásica se caracteriza por fiebre, pequeñas vesículas acrales y erosiones orofaríngeas de curso autolimitado². En los últimos años, han adquirido importancia clínica y epidemiológica formas atípicas con amplia expresividad clínica, distribución inusual y mayor gravedad³.

Describimos 2 casos de pacientes adultos diagnosticados de EBMP atípica (forma vesículo-ampollosa) causados por *Coxsackievirus A6*. Los datos epidemiológicos, clínicos (fig. 1) e histológicos (fig. 2), así como la evolución y tratamiento de ambos pacientes se muestran en la tabla 1.

La EBMP es una entidad frecuente y autolimitada que se asocia generalmente a infecciones por *Coxsackievirus A16* o *Enterovirus A71*^{4,5}. Estos serotipos han sido responsables de brotes epidémicos de EBMP y se han asociado a complicaciones fatales como la encefalitis y el edema pulmonar agudo no cardiogénico. En los últimos años, han emergido enterovirus con escaso tropismo cutáneo relacionados con enfermedades respiratorias y neurológicas graves (*Coxsackievirus D68* y *D70*) y han tomado mayor relevancia serotipos responsables de formas de EBMP atípica (*Coxsackievirus A6*)^{1,6}.

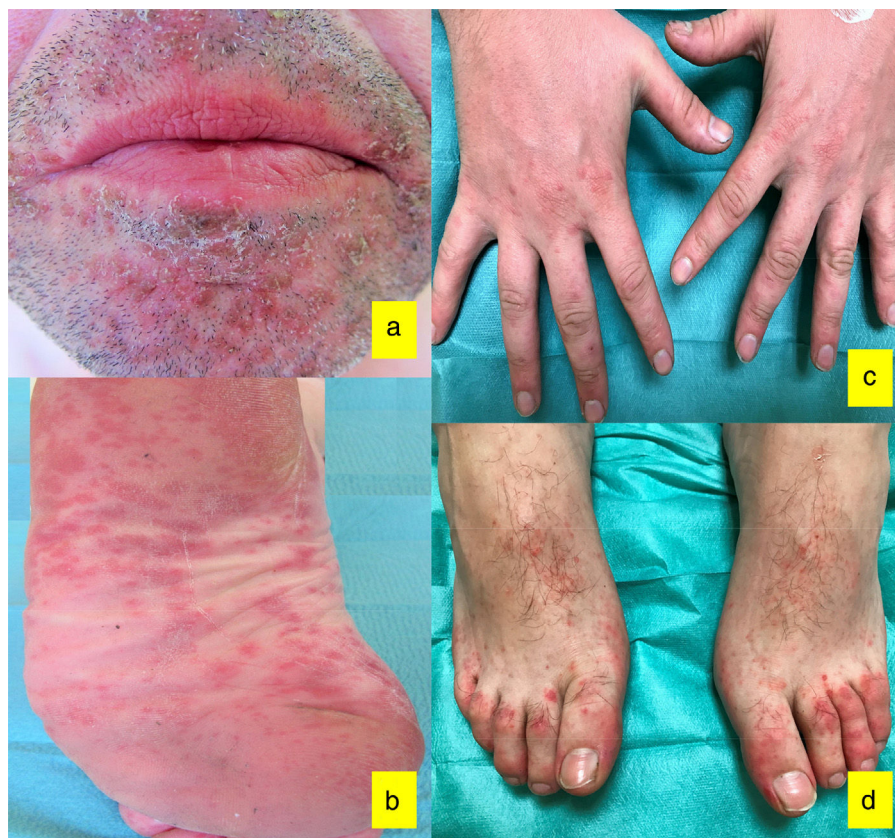


Figura 1 Presentación clínica correspondiente al caso 1: a) Costras melicéricas en región perioral; b) Máculas eritematosas plantares. Presentación clínica correspondiente al caso 2; c) Pápulas eritematosas en dorso de manos; d) Pápulas eritematosas aisladas y confluentes en región distal del dorso de ambos pies.

La EBMP se presenta durante la época estival afectando de forma predominante a menores de 5 años de edad^{1,2}. La infección cutánea sintomática es inusual en el adulto⁷, probablemente por memoria inmunológica tras infecciones pasadas o por inmunidad cruzada con otros enterovirus¹. Su diagnóstico en edades avanzadas se correlaciona con variantes atípicas y serotipos más virulentos como el *Coxsackievirus A6*^{5,8}.

La EBMP clásica se caracteriza por fiebre acompañada de pequeñas vesículas y erosiones que afectan a la mucosa oral, manos, pies y nalgas, que se resuelven en 7-10 días sin dejar cicatriz^{2,3,5,8}. Las complicaciones sistémicas como poliomielitis, miocarditis o síndrome meníngeo son excepcionales⁶. Las formas atípicas suelen presentarse en adultos con fiebre, lesiones vesículo-ampollosas, erosiones y costras que afectan a más del 5% de la superficie corporal. Las lesiones muestran una distribución de predominio dorsal acral y con frecuencia presentan afectación del cuero cabelludo y de la región perioral (pero escasa afectación intraoral)⁷. En su evolución, pueden afectar al cuello, tronco, antebrazos o piernas^{3,4,8}.

Hasta la fecha se han descrito 4 formas de presentación atípica: el eczema *coxsackium* (vesículas y erosiones en áreas de eczema atópico), la erupción similar al síndrome de Gianotti-Crosti (papulovesículas y erosiones en mejillas, nalgas y regiones extensoras que respetan el tronco), la forma petequeal y purpúrica (de predominio acral en pacientes mayores de 5 años) y la variante vesículo-bullosa, descrita en este caso. Como manifestaciones cutáneas en fase tardía se incluyen la onicomadesis, las líneas de Beau y la descamación acral²⁻⁴.

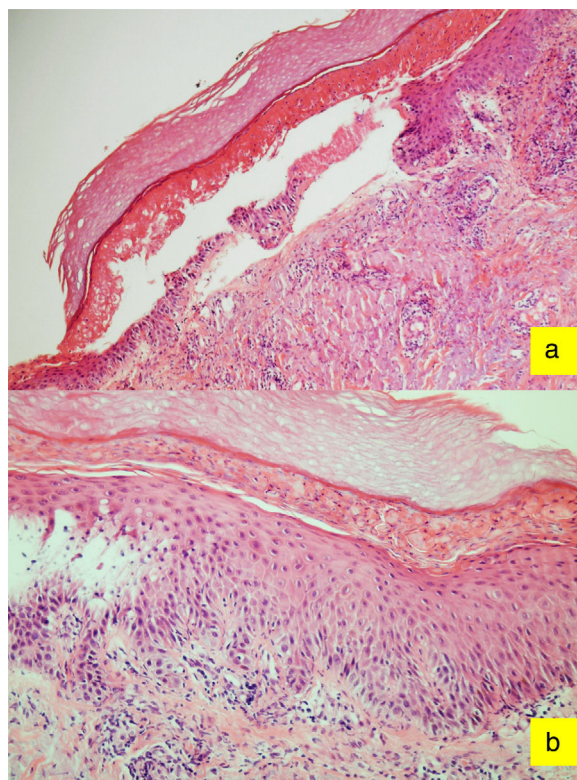


Figura 2 Correspondiente al estudio histológico realizado en el caso 1: a) Despegamiento epidérmico (hematoxilina-eosina, $\times 40$); b) Espongiosis, degeneración vacuolar de la basal y exocitosis de neutrófilos (hematoxilina-eosina, $\times 70$).

Tabla 1 Características de los dos casos de enfermedad boca-mano-pie atípica

	Caso clínico 1	Caso clínico 2
Edad (años)	58	24
Sexo	Varón	Varón
Antecedentes personales	Sin interés	Sin interés
Síntomas generales	Fiebre y odinofagia	Febrícula
Lesiones dermatológicas	Pápulas eritemato-violáceas con vesiculación Costras seroso-melicéricas parcheadas y no metaméricas	Pápulas eritemato-violáceas con vesículas en superficie Seudodianas
Distribución	Palmas, plantas, dorso de manos, región distal de antebrazos y facial perioral	Palmas, plantas y dorso de manos y pies
Afectación de la mucosa	Petequias en paladar	Eritema faríngeo
Serotipo ^a	CVA6	CVA6
Biopsia	Sí: espongiosis, degeneración de la membrana basal, necrosis epidérmica aislada e infiltrado linfocitario perivascular	No
Tratamiento	Corticoides tópicos y antihistamínicos vo Descostrado lesional y amoxicilina/clavulánico 875 mg/8 h vo durante 10 días ^b	Corticoides tópicos y antihistamínicos vo
Onicomadesis	No	No
Otras manifestaciones tardías	Descamación acral	Descamación acral

CVA6: *Coxsackievirus A6*; vo: vía oral.

^a Positividad para enterovirus evidenciada mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). Identificación de *Coxsackievirus A6* mediante genotipado.

^b El descostrado lesional y la antibioterapia oral se indicaron ante sospecha de sobreinfección bacteriana.

El diagnóstico es clínico. El análisis del contenido de vesícula cutánea mediante reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) permite confirmar la infección. Las muestras obtenidas de exudado faríngeo presentan con frecuencia menor carga viral, pero pueden mantenerse positivas durante semanas²⁻⁴.

La histología muestra espongiosis con formación de vesículas intraepidérmicas, exocitosis neutrofílica, necrosis y palidez de los queratinocitos con formación ocasional de células fantasma. En dermis, pueden observarse edema y un infiltrado inflamatorio de predominio linfocitario con expresión de granulolisina, en ausencia de cuerpos de inclusión virales o células gigantes^{9,10}.

Las formas de EBMP atípica pueden simular otros cuadros víricos como infecciones herpéticas, síndrome de Gianotti-Crosti, síndrome purpúrico en guante y calcetín, otras infecciones como sífilis o impétigo ampolloso, eritema multiforme o reacciones adversas medicamentosas⁴.

Dada la evolución autolimitada de la EBMP, el tratamiento de soporte es de elección en la mayoría de los casos manteniendo una adecuada hidratación y control del dolor. Se deben recomendar medidas de higiene de manos y en caso de existir datos de sobreinfección, esta debe tratarse^{2,4}.

En resumen, describimos 2 casos de EBMP atípica. Se trata de una entidad con una incidencia creciente, y que a diferencia de las formas clásicas es más prevalente en adultos y cursa con mayor gravedad. Debe por tanto sospecharse e incluirse en el diagnóstico diferencial de un cuadro con fiebre, lesiones vesículo-ampollosas, erosiones y costras de distribución dorsal acral y perioral.

Conflicto de intereses

No existe ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ventarola D, Bordone L, Silverberg N. Update on hand-foot-and-mouth disease. *Clin Dermatol*. 2015;33:340-6.
2. Chatproedprai S, Tempark T, Wanlapakorn N, Puenpa J, Wanukul S, Poovorawan Y. Unusual skin manifestation of hand, foot and mouth disease associated with coxsackievirus A6: Cases report. *Springerplus*. 2015;4:362.

3. Downing C, Ramirez-Fort MK, Doan HQ, Benoist F, Oberste MS, Khan F, et al. Coxsackievirus A6 associated hand, foot and mouth disease in adults: Clinical presentation and review of the literature. *J Clin Virol*. 2014;60:381-6.
4. Mathes EF, Oza V, Frieden IJ, Cordoro KM, Yagi S, Howard R, et al. Eczema coxsackium and unusual cutaneous findings in an enterovirus outbreak. *Pediatrics*. 2013;132:149-57.
5. Hubiche T, Schuffenecker I, Boralevi F, Leaute-Labreze C, Bornebusch L, Chiverini C, et al. Dermatological spectrum of hand, foot and mouth disease from classical to generalized exanthema. *Pediatr Infect Dis J*. 2014;33:92-8.
6. Lugo D, Krogstad P. Enteroviruses in the early 21st century: New manifestations and challenges. *Curr Opin Pediatr*. 2016;28:107-13.
7. Balestri R, Bellino M, Landini L, Tasin L, Rizzoli L, Speziali L, et al. Atypical presentation of enterovirus infection in adults: outbreak of 'hand, foot, mouth and scalp disease' in Northern Italy. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2017, <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.14507>.
8. Feder HM Jr, Bennett N, Modlin JF. Atypical hand, foot, and mouth disease: A vesiculobullous eruption caused by Coxsackievirus A6. *Lancet Infect Dis*. 2014;14:83-6.
9. Requena L, Requena C. Histopatología de las infecciones víricas cutáneas más frecuentes. *Actas Dermosifiliogr*. 2010;101:201-16.
10. Second J, Velter C, Cales S, Truchetet F, Lipsker D, Cribier B. Clinicopathologic analysis of atypical hand, foot, and mouth disease in adult patients. *J Am Acad Dermatol*. 2016, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2016.10.022>. Epub 2016/12/29.

Á. Iglesias-Puzas^{a,*}, A. Batalla^a, M. Trigo^b y Á. Flórez^a

^a Servicio de Dermatología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, EOXI Pontevedra-Salnés, Pontevedra, España

^b Servicio de Microbiología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, EOXI Pontevedra-Salnés, Pontevedra, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alvaroigpu@gmail.com

(Á. Iglesias-Puzas).

<https://doi.org/10.1016/j.ad.2017.09.011>
0001-7310/

© 2017 AEDV.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.