



# Enfermedad mano-pie-boca

*Hand-foot and mouth disease*

**Catherine C. Cordova-Vera<sup>1</sup>, Leonardo Sánchez-Saldaña<sup>2</sup>**

## RESUMEN

La enfermedad mano-pie-boca es un exantema viral de manos, pies y boca, comúnmente causado por un virus llamado coxsackie A 16, que usualmente se inicia en la garganta, caracterizado por una estomatitis vesicular y exantema en manos y pies. Ocurre principalmente en niños menores de 10 años de edad. Es una enfermedad completamente benigna, cuyo periodo de incubación oscila entre los 3 y 7 días. Las manifestaciones clínicas van precedidas por un periodo prodrómico de 12 a 24 horas con fiebre ligera, malestar general y ligero dolor abdominal o sintomatología respiratoria de 1 ó 2 días. Posteriormente aparecen vesículas orales que rápidamente se ulceran, y después aparecen las vesículas en localizaciones típicas como en manos y pies. El diagnóstico es clínico. En éste artículo se hace una revisión de ésta entidad.

**PALABRAS CLAVE:** Enfermedad mano-pie-boca, exantema, coxsackie, estomatitis, vesícula.

*Dermatol Peru 2018; 28 (3): 156-159*

## ABSTRACT

*Disease hand-foot - mouth is a viral exanthem of hands, feet and mouth, commonly caused by a virus called coxsackie to 16, which usually begins in the throat, characterized by a vesicular stomatitis and rash on hands and feet. It occurs mainly in children under 10 years of age. It is a completely benign disease whose incubation period ranges between 3 to 7 days. The clinical manifestations are preceded by a prodromal period of 12 to 24 hours with light fever, malaise and slight abdominal pain or respiratory symptoms of 1 or 2 days. Subsequently appear oral vesicles that ulcerate quickly, and then appear vesicles in typical locations as in hands and feet. The diagnosis is clinical. This article is a review of this entity.*

**KEY WORDS:** *disease hand-foot - mouth, Exanthema, coxsackie, stomatitis, vesicle.*

## INTRODUCCIÓN

La enfermedad mano-pie-boca es un exantema viral de manos, pies y boca, comúnmente causado por un virus llamado coxsackie A 16, que usualmente se inicia en la garganta, caracterizado por una estomatitis vesicular y exantema en manos y pies. Afecta a bebés y niños pequeños.

La enfermedad mano-pie-boca fue descrito por primera vez en 1957 en Toronto, Canadá por Robinson et al, quienes describieron una epidemia de estomatitis vesicular y exantema en manos y pies, de los cuales se aisló el virus Coxsackie A16. Después, Alsop et al en 1959, describieron una segunda epidemia en Inglaterra y acuñaron el término de enfermedad mano-pie-boca<sup>1</sup>.

Es una enfermedad muy contagiosa, benigna que suele afectar generalmente a niños, con un periodo de incubación corto, entre tres a siete días y luego remite de forma espontánea en una o dos semanas.

## EPIDEMIOLOGÍA

La mayor parte de los casos de la enfermedad mano-pie-boca se dan en niños menores de 10 años de edad, con una

1. Residente de Dermatología del Servicio de Dermatología Hospital Militar Central.

2. Profesor Invitado. de Post Grado de Dermatología. UNMSM.

máxima incidencia entre los 6 meses y 5 primeros años de vida, aunque también hay reportes de enfermedad en adultos en quienes las manifestaciones son mucho más severas<sup>2</sup>. Durante las epidemias el virus se extiende por transmisión horizontal de niño a niño, aunque también se ha presentado la transmisión vertical de madre a feto. La transmisión se da por contacto directo con secreciones nasales y/o orales, gotas aerolizadas en una ruta fecal-oral o ruta oral-oral y a través del contacto con manos sucias o superficies sucias contaminadas con heces<sup>4</sup>. En las zonas tropicales las infecciones se producen durante todo el año, pero en ciudades con climas más fríos tienen un comportamiento estacional, con un pico en el verano tardío y en el otoño temprano<sup>7</sup>.

## ETIOLOGÍA

La entidad es causada por enterovirus, los cuales pertenecen a la familia *Picornaviridae*; son virus RNA de una sola cadena no encapsulados; principalmente de la variedad coxsackie A 16 o enterovirus 71<sup>2</sup>.

El virus coxsackie se divide en subgrupo A y B. Según sus características antigénicas y biológicas, se conocen 23 virus coxsackies A, los cuales producen enfermedad entérica y tienden a infectar la piel y las mucosas causando hepargina, conjuntivitis hemorrágica aguda y enfermedad de boca-pie-mano y 6 virus coxsackies B los cuales son de gran importancia porque producen enfermedades gastrointestinales y tienden a infectar el corazón, la pleura, el páncreas y el hígado causando pleurodinia, miocarditis, pericarditis y hepatitis A. Ambos subgrupos de virus coxsackies pueden causar fiebre no específica. Se han publicado casos esporádicos causados por coxsackie A 4-7, A9, A10, B1 -83 y 85.<sup>3,5</sup>

El enterovirus 71 se reconoce como agente productor de meningoencefalitis, parálisis flácida, síndromes febriles respiratorios, exantemas maculopapulares, miositis. Incluso se han presentado epidemias fatales asociadas con estos virus por complicaciones neurológicas o pulmonares<sup>2</sup>.

El periodo de incubación es corto, varía entre 3 y 7 días. La implantación viral inicial es oral y en íleon, seguida por una extensión a los nódulos linfáticos regionales en las siguientes 24 horas. A las 72 horas ocurre una viremia seguida de una siembra viral en los sitios de infección secundarios como son: la mucosa oral, manos y pies<sup>6</sup>.

## MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El nombre de la enfermedad describe muy bien la distribución de las lesiones, pero en ocasiones puede haber compromiso de otras zonas de la piel. Se caracteriza

por la presencia de un breve periodo prodrómico de 2 a 3 días manifestado por anorexia, fiebre ligera de 38.3 C, malestar general, ligero dolor abdominal, muchas veces vómitos, diarrea y sintomatología respiratoria como coriza y tos. También se puede presentar con menos frecuencia linfadenopatías. En niños las manifestaciones son mucho más leves que en los adultos<sup>2</sup>.

Luego del periodo prodrómico las lesiones iniciales en el 90% de los pacientes son las vesículas en mucosa oral, las cuales son pocas y muy características, son típicamente vesículas discretas de 4 a 8 mm de diámetro, con base eritematosa, aunque ocasionalmente pueden ser mayores de 20 mm. Más comúnmente se compromete la mucosa bucal, la lengua, la úvula y los pilares amigdalinos anteriores. Las vesículas gingivales son raras<sup>4,6</sup>.

Uno a dos días después de las lesiones orales aparecen las lesiones cutáneas que consisten en vesículas de 3 a 7 mm de diámetro, con borde eritematoso y pueden ser escasas en número, son típicamente ovales, con su eje largo siguiendo los dermatoglifos, aparecen característicamente en caras laterales y dorsales de dedos, alrededor de las uñas, alrededor del talón, pero también en las flexuras de palmas y plantas. Figuras N° 1, 2, 3 y 4. Las lesiones comienzan como una mácula eritematosa de 2 a 10 mm de diámetro en la que posteriormente se desarrolla una vesícula central. También se puede encontrar una erupción maculopapular en caderas



Figura N° 1. Exantema vesicular en la mano derecho.



**Figura N° 2.** Vesículas con un halo eritematoso en las palmas de la mano.

y ocasionalmente en brazos, piernas o cara. Mayormente la enfermedad se resuelve en forma espontánea después de 5 a 10 días sin dejar secuelas, costras o cicatrices<sup>2,4</sup>.

Las recurrencias son excepcionales, en pacientes atópicos la erupción vesicular puede semejar la erupción variceliforme de Kaposi<sup>4</sup>.

Se ha reportado como complicación de esta infección la onicomadesis de la porción proximal de la uña con líneas de Beau debajo del pliegue ungueal proximal, por lo que se considera como una respuesta al estrés severo después de infecciones virales<sup>8,9</sup>.

## DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es usualmente clínico, aunque éste puede ser confirmado por el aislamiento del virus del líquido de las vesículas, frotis de garganta y rectales o por medio de la



**Figura N° 3.** Compromise del labio.



**Figura N° 4.** Vesícula a nivel del talón.

documentación en el suero de los títulos de anticuerpos a alguno de los agentes etiológicos. Se ha descrito un aumento agudo en la tipificación de anticuerpos en suero al Coxackie A16. En algunos pacientes se ha encontrado un aumento concomitante en la titulación del anticuerpo para el virus del Herpes Simple, pero se cree que es un acontecimiento casual. También se ha visto la presencia de linfopenia con linfocitosis en el hemograma de algunos pacientes<sup>2,8</sup>.

## HISTOLOGÍA

En el estudio histopatológico de la lesión cutánea se puede observar una vesícula intraepidérmica, dentro de las cuales puede existir fibrina y células epiteliales con degeneración balónica y reticular. A ambos lados de la vesícula se observa edema intra e intercelular. Conforme la lesión se hace vieja, hay pérdida focal de la capa basal, lo que da por resultado una ampolla subepidérmica. La superficie de la ampolla frecuentemente es necrótica con una discreta cantidad de células epidérmicas disqueratósicas y acantolíticas. La dermis que está por debajo de la vesícula muestra edema y contiene un infiltrado perivascular polimorfo compuesto por linfocitos y neutrófilos<sup>1,4</sup>. Se han podido observar mediante microscopia electrónica las partículas intracitoplasmáticas del virus Coxsackie<sup>3</sup>.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Las lesiones orales pueden ser la única evidencia de infección y pueden ser confundidas con estomatitis aftosa. Las vesículas y úlceras de la enfermedad mano-pie-boca son más grandes que las de herpangina y en contraste a las de la gingivostomatitis herpética, ellas respetan labios y usualmente la gingiva<sup>3</sup>.

Los test de Tzanck son siempre negativos para células gigantes, células edematosas e inclusiones intranucleares. Esto es importante para distinguir la enfermedad mano-pieboca de la infección por el virus Herpes<sup>7</sup>.

### TRATAMIENTO

No existe un tratamiento específico antiviral, lo indicado es el alivio sintomático para este tipo de infección. Se sugiere al enfermo ingerir muchos líquidos, evitar alimentos muy picantes, ácidos o duros. Se puede emplear enjuagues inespecíficos para aliviar el malestar bucal. Algunos autores recomiendan enjuagues bucales a base de antihistamínicos con gel de hidróxido de aluminio y magnesio, 3 veces al día hasta la desaparición de las lesiones<sup>5</sup>.

Hay publicaciones esporádicas en la literatura acerca de la utilización de aciclovir 1 a 2 días después del comienzo de las lesiones mucosas, mostrando una involución posterior de las lesiones<sup>10</sup>.

### REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Hood AF, MIHM Jr MC, Hand-foot-and-mouth disease. En: Fitzpatrick ThB et al. *Dermatology in general Medicine* Vol II, Editorial McGraw-Hill, 4ª edición, 1993: 2521-2524.
2. Larralde M, Aristizába A, Enfermedad mano-pie-boca, Arch. Argent. Dermatol. 2005; 55:25-29
3. LIU, YUAN J.; Yanagawa B.; Qiu, D.; MCMANUS, B.M.; YANG, D. Coxsackievirus-induced myocarditis: new trends in treatment. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2005. vol 3 (4): 641-50.
4. Martínez V, Laureano M, Enfermedad mano-pie-boca. Presentación de un caso y breve revisión de la literatura. *Rev Cent Dermatol Pascua*, 1999, Vol. 8, Núm. 1: 21-24.
5. Nicola A, Malpica A, Enfermedad de boca-mano-pie y virus Coxsackie. Reporte de un caso. *MULTICIENCIAS 2012.VOL. 12, N° 3: 300 – 304*
6. JIMÉNEZ, C.; PÉREZ, C. Enfermedad de Manos Pies y Boca. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Rev. Acta Odontológica Venezolana.* 2004, vol. 42, n°2.
7. Russo DH, Luchs A, Machado BC, Carmona Rde C, Timenetsky Mdo C. Echovirus 4 associated to hand, foot and mouth disease. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo.* 2006; 48(4):197-9.
8. Salazar, A; Borrás, M.J.; Cordoba, J. Brote de onicomadesis asociado a Síndrome de Boca-Mano-Pie. *Boletín Epidemiológico semanal.* 2008 vol. 16 n° 6/61-72
9. Bernier, V.; Lábzeze, C; Bury, F: Nail matrix arrest in the course of hand, foot and mouth disease. *Eur J Pediatr* 2001; 160: 649-651.
10. Faulkner, C.F.; Godbolt, A.M.; De Ambrosio, B.; Triscott, J.: Hand foot and mouth disease in an immunocompromised adult treated with acyclovir. *Australas J Dermatol* 2003; 44: 203-206.

Correspondencia:

Dra. Catherine Cecilia Cordova Vera

Email: Catherine.cordova89@gmail.com

Recibido: 24-06-17

Aceptado: 20-04-18



## VISITA NUESTRA REVISTA

# DERMATOLOGÍA PERUANA

REVISTA OFICIAL DE LA SOCIEDAD PERUANA DE DERMATOLOGÍA

INGRESA A:

[www.dermatologiaperuana.pe](http://www.dermatologiaperuana.pe)

NÚMERO ACTUAL | NÚMEROS ANTERIORES | INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES | ENVÍO DE MANUSCRITOS | ENLACES DE INTERÉS | EDUCACIÓN MÉDICA CONTÍNUA