



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/2759 - No es cosa de niños

A. Quetglas Valenzuela<sup>a</sup>, C. Arina Cordeu<sup>b</sup>, M.C. Martínez Zabala<sup>c</sup>, B. Gonzalo García<sup>c</sup>, L. Arbizu Sastre<sup>b</sup>, S.P. Aldaz Vaca<sup>c</sup>, L. Bea Berges<sup>d</sup>, L. Alonso González<sup>e</sup> y J.T. Gómez Sáenz<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascajos. Logroño. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Joaquín Elizalde. Logroño. <sup>c</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de San Pedro. Logroño. <sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes. Logroño. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Cascajos. Logroño. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Nájera. La Rioja.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 32 años sin alergias medicamentosas ni antecedentes de interés, no toma tratamiento habitual, acude por exantema de 5 días de evolución y refiere pesadez-plenitud centrotorácicas. En ese tiempo ya había consultado 2 veces previamente: un cuadro compatible con faringoamigdalitis pultácea (tratado con ibuprofeno y amoxicilina) y otra vez por erupción pruriginosa en manos y plantas de pies. Ha tenido contacto con un familiar de 5 años con el síndrome boca-mano-pie.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG, eupneico en reposo. Afebril desde hace 4 días. Han desaparecido las vesículas de los pilares anteriores y paladar, ahora hay aftas. Las lesiones de ambos pies no ceden a la vitreopresión. Abdomen sin hallazgos. Testes sin hallazgos. Analítica: tiene aumentada la proteína C y la ferritina. Serología: anticuerpos de sífilis: negativo. Orina: 2 mg/L albúmina en orina.

**Juicio clínico:** Síndrome boca-mano-pie. Sigue la evolución típica de una infección por virus Coxsackie (familia de los Picornaviridae): primero debutan las vesículas en mucosa oral y 24h después aparecen vesículas cutáneas, ovales en plantas de manos y pies, siguiendo los dermatoglifos y dolorosas. Generalmente la enfermedad es autolimitada y entre 7-10 días hay remisión espontánea, pero pueden ocurrir complicaciones. Excepcionalmente pueden presentarse: meningitis aseptica, encefalitis, parálisis polio-like, miocarditis y abortos en embarazadas afectas.

**Diagnóstico diferencial:** Depende de si solo hay enantema o también exantema. En ese caso, descartar enfermedades exantemáticas, como la sífilis. A veces sólo aparece enantema, pero cuando lo hace con el exantema (vesículas grisáceas sobre fondo rojo) habría que pensar en una herpangina, gingivoestomatitis herpética, úlcera aftosa, y exantema “de Boston” por echovirus 16. Puede asemejarse a la erupción varileciforme de Kaposi.

**Comentario final:** El diagnóstico es clínico. El agente relacionado además del coxsackie A16 (que el más frecuente) también lo es el de tipo B y el enterovirus 71. Sigue un patrón estacional, aumentando entre el verano e inicio del otoño. Es altamente contagioso, tanto en vía horizontal como vertical a través de vía fecal-oral y por contacto directo con el exudado vesiculoso. Se recomienda aislamiento hasta la desaparición de las lesiones, aunque por heces el virus sigue eliminándose durante varias semanas. El lavado de manos es importante para limitar la contagiosidad y las recurrencias son muy raras.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Nicola et al. Enfermedad de boca-mano-pie y virus Coxsackie. Reporte de un caso. Multiciencias. 2012;12(3):300-4.