

Erupción variceliforme de Kaposi asociado a enfermedad de mano-pie-boca: presentación de un caso

Esku-oin-aho gaixotasunarekin lotutako Kaposi-ren erupzio bariceliformea: kasu baten aurkezpena

M. Pintó Rubio, S. Bardají Pejenaute, P. Gorrotxategi Gorrotxategi, M. Ruiz del Castaño Unceta-Barrenechea

Centro de Salud Pasaia San Pedro. Pasajes, Gipuzkoa, España.

LABURPENA

Sarrera: *Kaposi-ren erupzio bariceliformea larruazaleko gaixotasunak duten pazientengan, gehienetan dermatitis atopikoa dutenengan, ematen den azalako infekzio birala da, eta aurpegian, lepoan, torax-ean eta flexuretan besikulak agertzean datza. Gehienetan, herpes simple birusak eragiten du, baina eman dira kasuak Coxsackie A6-ri lotuta, esku-oin-aho gaixotasunaren (EOAG) eragileetako bat, kasu hauetan "eccema coxsackium" deituko da gaixotasun honi.*

Kasu kliniko: 13 hilabeteko umea azkeneko 24 orduetan exantema orokorra garatu duena, papula umbilikatuak agertuz hanketan, besoetan, flexuretan, sorbaldan eta buruko ile larruan, baita enantema ahosabaian ere. Kontatzen zuen aurrekari bakarra EOAG diagnostikatuta zuen lehengusu batekin kontaktua zen. Pazientearen aurrekari medikoen artean dermatitis atopikoa, arrautzari alergia eta bronkitis sibilanteak aipatzen zuen. Kaposi-ren erupzio bariceliformea, esku-oin-aho gaixotasunaren kontextuan, susmatuz eta hasierako bilakera okerra kontutan hartuz, Aciclovir hasi zen, gaixotasuna azkar sendatuz.

Iruzkina: Kasu kliniko honetan, dermatitis atopikoaren aurrekaria, EOAG zuen senide batekin kontaktua edukitzea eta lesioak EOAG kokapen ezberdinetan egotea, Coxsackie A6 erangidako Kaposi-ren erupzio bariceliformean pentsatu zen. Normalean ez da tratamendu antibiralik behar; gure kasuan, eragilearen ez-jakintasuna eta eboluzio txarra zela eta, Aciclovir-ekin tratamendua hasi zen, emaitza onarekin. Orokorrean, bakarrik sendatzen den eta pronostiko ona duen gaixotasuna da, beraz bere erabilera lehen mailako arretatik egin daiteke.

Gako-hitzak: *Kaposi-ren erupzio bariceliformea; Esku-oin-aho gaixotasuna; Dermatitis atopikoa.*

RESUMEN

Introducción: La erupción variceliforme de Kaposi (EVK) es una infección cutánea que afecta a pacientes con una dermatosis subyacente, generalmente dermatitis atópica. Es una dermatosis diseminada con vesículas que afectan a cara, cuello, tórax y áreas flexurales. Aun-

que clásicamente se asociaba al virus herpes simple tipo 1, se han descrito casos asociados al Coxsackie A6, causante de la enfermedad de mano-pie-boca (EMPB), denominándose en esos casos "eccema coxsackium".

Caso clínico: Niño de 13 meses con erupción cutánea generalizada de aparición en las últimas 24 horas consistente en lesiones papulosas umbilicadas en extremidades inferiores, extremidades superiores, flexuras, hombros y cuero cabelludo, así como lesiones puntiformes en paladar duro. Como antecedente refería contacto con un primo que presentaba (EMPB). Antecedentes médicos: dermatitis atópica, alergia al huevo y bronquitis sibilante. Bajo la sospecha de EVK en contexto de EMPB, y dada la mala evolución inicial, se instauró tratamiento con aciclovir con resolución del cuadro.

Comentarios: En este caso clínico, como el paciente tenía antecedentes de dermatitis atópica y los padres referían contacto con un familiar con EMPB y las lesiones afectaban a localizaciones no típicas de la EMPB, se sospechó un EVK secundaria a Coxsackie A6. El tratamiento antiviral no suele ser necesario; aunque en nuestro caso, dado el desconocimiento del agente causal y la evolución no satisfactoria, se instauró con aciclovir, con buena respuesta. En la mayoría de los casos se trata de un cuadro autolimitado con buen pronóstico, por lo que su manejo puede realizarse desde la Atención Primaria.

Palabras clave: Erupción variceliforme de Kaposi; Enfermedad mano-pie-boca; Dermatitis atópica.

INTRODUCCIÓN

La erupción variceliforme de Kaposi (EVK) es una infección cutánea que afecta generalmente a pacientes con una dermatosis subyacente, siendo la dermatitis atópica la afección predisponente más frecuente, aunque se ha descrito en otras dermatosis como la enfermedad de Darier, la pitiriasis rubra pilaris o la psoriasis⁽¹⁾.

Se caracteriza por una erupción de vesículas agrupadas, monoformas y cupuliformes,

que se transforman en pústulas, y es común que se afecten cara, cuello, tórax y áreas flexurales, que son las zonas características de afectación de la dermatitis atópica⁽²⁾.

La mayoría de los casos descritos en la literatura son causados por el virus herpes simple tipo 1⁽²⁾, es por eso que también es conocido con el nombre de eccema herpético⁽³⁾, sin embargo, también puede ser producido por virus causantes de la enfermedad mano-pie-boca como el virus Coxsackie A6⁽⁴⁾. En este segundo caso, en algunos de los trabajos se ha denominado como eccema coxsackium⁽⁵⁾. Todas estas denominaciones atienden a las diferentes etiologías, pero si tenemos en cuenta la presentación clínica, por las características de las lesiones, se ha denominado erupción variceliforme de Kaposi, recordando la descripción que realizó Moritz Kaposi en 1887⁽⁶⁾.

La enfermedad mano-pie-boca es un proceso vírico, de intensa contagiosidad que cursa con fiebre baja y malestar moderado. El hallazgo más frecuente es la aparición de un enanema que evoluciona a la formación de vesículas y posterior ulceración, localizándose en la mucosa yugal y paladar, lo que provoca dificultad de la alimentación. Posteriormente aparecen lesiones papulo-vesiculares, rodeadas de un halo eritematoso, en palmas de las manos y plantas de los pies, que evolucionan espontáneamente en una semana⁽⁷⁾.

CASO CLÍNICO

Niño de 13 meses que acude a la consulta de Atención Primaria por presentar en las últimas 24 horas una erupción cutánea generalizada pruriginosa. Presentaba lesiones papulosas, umbilicadas, de distribución en extremidades inferiores (Fig. 1A), extremidades superiores (Fig. 1B), flexuras (Fig. 1C), hombros (Fig. 1D) y cuero cabelludo. Así mismo se observaron lesiones puntiformes en paladar duro, sin observarse aftas. El niño había estado afebril en todo momento.

Como antecedente inmediato refería que un primo del niño, con el que había mantenido contacto directo, en ese momento presentaba clínica de mano-pie-boca.



Figura 1. Características de las lesiones. A) Extremidad inferior. B) Extremidad superior. C) Flexura del brazo. D) Hombro.

Se plantearon inicialmente los posibles diagnósticos diferenciales de inicio de varicela o enfermedad mano-pie-boca extendida a otras localizaciones no habituales, por lo que se le administraron antihistamínicos orales y se le citó a los 2 días en la consulta de Atención Primaria para ver la evolución.

Los padres preocupados por el aumento del número de las lesiones acudieron a urgencias al día siguiente donde comprobaron que las lesiones que inicialmente eran en manos y pies, con escasas lesiones en extremidades y

en área perioral, se habían extendido a tronco, hombros, flexuras y zonas de extensión de extremidades. Persistía el prurito, a pesar de haber iniciado el tratamiento con los antihistamínicos orales y el niño se encontraba algo quejoso, aunque había permanecido afebril en todo momento. Las lesiones orales permanecían y se observaban lesiones vesiculares en los pilares anteriores de las amígdalas palatinas. Se plantearon los mismos diagnósticos que se sospechaban en Atención Primaria y se le envió al domicilio con el mismo tratamiento.

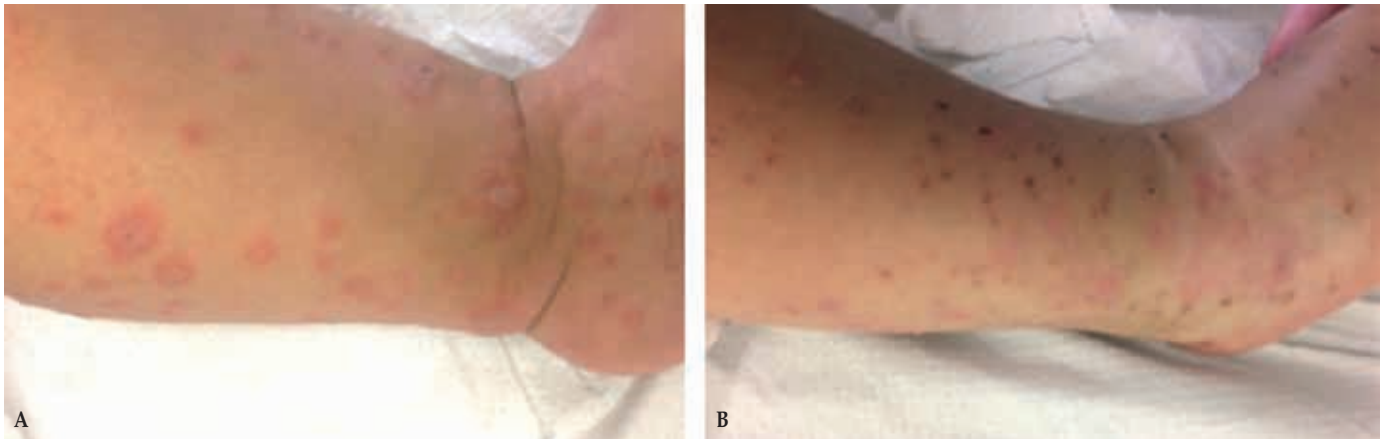


Figura 2. A) Lesiones iniciales en el tobillo. B) Cuatro días después.

Al día siguiente acudió al control previsto en Atención Primaria. Al observarse el notable aumento de las lesiones y el malestar en el niño, se realizó una revisión de la historia clínica médica. Entre los antecedentes personales del niño se encontraban dermatitis atópica, alergia al huevo y varios episodios previos de bronquiolitis y sibilancias.

Todos esos datos de la historia clínica indicaban un componente atópico en el niño, que sumado a la infección del virus causante de la enfermedad mano-pie-boca, podría tratarse de una erupción variceliforme de Kaposi.

En alguno de los artículos revisados indicaban que uno de los posibles tratamientos de esta patología era el aciclovir, por lo que al tratamiento antihistamínico se añadió el antiviral, citándole al niño cuatro días después.

Cuando acudió la madre a la consulta refería que tras el inicio del tratamiento antiviral las lesiones habían mejorado rápidamente y en el momento actual, la mayoría estaban ya en forma de costras. En la figura 2 se puede observar la evolución de las lesiones del tobillo en este niño.

COMENTARIOS

La enfermedad de mano pie boca (EBMP) es una de las enfermedades exantemáticas más frecuentes en la infancia. Se caracteriza por la aparición de lesiones vesiculosas en mucosa oral y posteriormente vesículas cutáneas que afectan

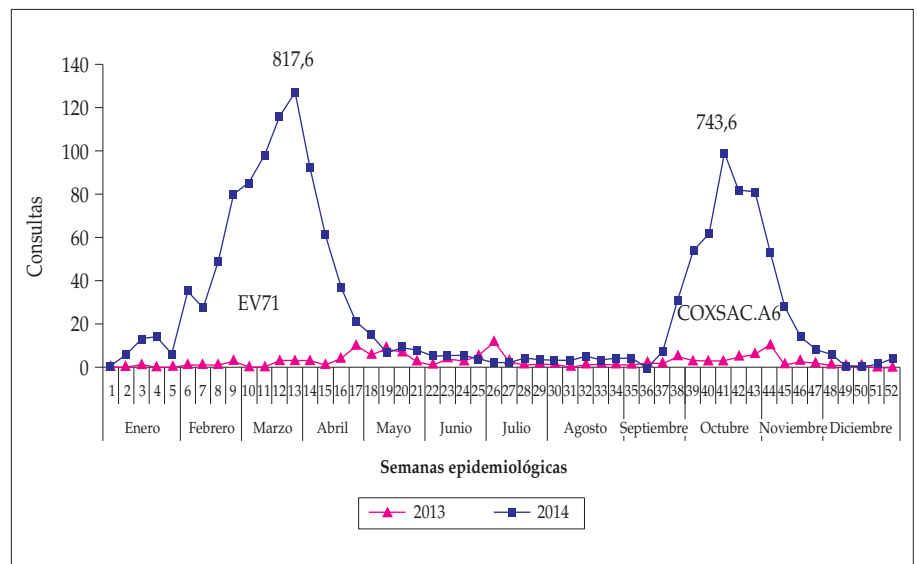


Figura 3. Brotes epidemiológicos de enterovirus 71 y Coxsackie A6 en Gipuzkoa⁽⁹⁾.

a palmas y plantas. Generalmente está producida por los virus Coxsackie A16 y Enterovirus 71; sin embargo, en los últimos años se están observando casos de EBMP por Coxsackie A6.

Los primeros casos de EBMP asociada a Coxsackie A6 comenzaron a observarse en el Sudeste Asiático. Posteriormente se han reportado casos en otros países europeos, así como en Norteamérica. En el caso del País Vasco, en el año 2011 se detectó un aumento de casos de EBMP por Coxsackie A6⁽⁸⁾ y más tarde, en el año 2014, se dieron dos ondas epidémicas de EBMP, una por Enterovirus 71 y otra por Coxsackie A6⁽⁹⁾. (Fig. 3)

Los pacientes con EBMP por Coxsackie A6 desarrollan un cuadro de características clínicas y epidemiológicas peculiares, por lo que se conoce como EBMP atípica. Una de las formas de presentación de esta EBMP atípica es en forma de erupción variceliforme de Kaposi (EVK), que también se puede denominar eccema coxsackium aludiendo a su etiología. A diferencia de la forma clásica, la enfermedad causada por Coxsackie A6 cursa con manifestaciones cutáneas más graves, con aparición de lesiones papulo-vesiculobullosas que afectan a antebrazos, manos y pantorrillas, y con mayor presencia de síntomas sistémicos.

Estos cuadros diseminados en forma de EVK o eccema coxsackium son más típicos en pacientes con dermatitis atópica⁽¹⁰⁾, en los cuales las lesiones se localizan sobre regiones cutáneas previamente afectas.

La existencia de formas cutáneas más extensas de características morfológicas variables nos obligan a hacer un diagnóstico diferencial⁽¹¹⁾ entre patologías tales como la varicela, el impétigo no ampoloso o el herpes cutáneo. En este caso clínico, los padres no referían contacto del lactante con persona afecta de varicela, por lo que el contagio era poco probable. Las zonas de aparición de las lesiones no eran típicas del impétigo no ampoloso ni presentaban costras melicéricas. Por último, el herpes cutáneo suele presentar vesículas más agrupadas y no de distribución tan generalizada, por lo que también se descartó como diagnóstico. Por todo ello y dado que el paciente tenía antecedentes de dermatitis atópica, los padres referían contacto con un familiar con EMBP y las lesiones afectaban a localizaciones no típicas de la EMBP, se sospechó un EVK secundaria a EMBP por Coxsackie A6 o eccema coxsackium.

La literatura recomienda, en aquellos pacientes en los que el diagnóstico diferencial sea dudoso o en caso de ingreso hospitalario, se efectúe una detección selectiva de los virus herpes simples tipo 1 y 2, varicela-zoster y enterovirus, tanto del exudado faríngeo como de la lesión. En nuestro caso clínico, dado el buen estado general del lactante no se efectuaron test para aislar el microorganismo causante⁽¹²⁾.

El tratamiento antiviral en general no suele ser necesario ya que el virus Coxsackie no tie-

ne tratamiento específico y el tratamiento va encaminado solamente a paliar los síntomas. En caso de mala evolución sí se ha descrito la posibilidad de realizar un tratamiento antiviral⁽¹³⁾, que es la actitud que se adoptó en el caso que exponemos, presentando una buena respuesta al tratamiento, con remisión de las lesiones cutáneas. Por lo tanto y como conclusión, se debe sospechar esta entidad cuando tengamos un paciente, con antecedentes de dermatitis atópica, que presenta lesiones dermatológicas parecidas al síndrome mano-pie-boca pero diseminadas por el cuerpo, con mayor sintomatología que lo habitual y con afectación del estado general.

Desde las consultas de Atención Primaria tenemos que estar atentos a la posible aparición de esta patología dada la alta prevalencia de la dermatitis atópica y a que el genotipo del Coxsackie A6 está aumentando en nuestro medio, con lo que cuadros similares a este serán más frecuentes. A pesar de su mayor afectación cutánea, suele comportarse como una enfermedad autolimitada con buen pronóstico, por lo que el manejo de esta enfermedad puede realizarse desde Atención Primaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lobera Gutiérrez de Pando E, Domínguez Rovira S, Vicente Villa MA, González Enseñat MA, Payaras Grau J. Erupción variceliforme de Kaposi en dos pacientes afectos de dermatitis atópica. *An Esp Pediatr*. 1998; 48: 303-5.
2. Morata Alba J, Morata Alba L. Erupción variceliforme de Kaposi. A propósito de un caso. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2017; 19: 157-61.
3. Balbin Carrero E, Chavarría Mur EE, de la Cueva Dovaio P, Valdivielso Ramos M, Hernaz Hermosa JM. Eccema herpético en un paciente atópico. *Acta Pediatr Esp*. 2009; 67: 491-2.
4. Álvarez-Argüelles ME, de Oña M, Lastra B, Melón S. Exantema variceliforme de Kaposi por Coxsackie A6. *Piel*. 2014; 29: 460-1.
5. 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: e149-56.
6. Kaposi M. *Pathologie und therapie der haut-krankheiten*. Vienna: Urban and Schwarzenberg; 1887.
7. Frydenberg A, Starr M. Hand, foot and mouth disease. *Aust Fam Physician*. 2003; 32: 594-5.
8. Montes M, Artieda J, Piñeiro 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(4).
9. Epidemiología virus coxsackie A6. Memoria de vigilancia epidemiológica 2014. Gipuzkoa. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/memorias_epidemiologica/es_def/adjuntos/2014/Memoria-2014-gipuzkoa.pdf
10. Nassef C, Ziemer C, Morrell DS. Hand-foot-and-mouth disease: a new look at a classic viral rash. *Curr Opin Pediatr*. 2015; 27: 486-91.
11. García Suarez A, Martín Peinador Y, Muñoz Hiraldo ME. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Exantemas vesículo-ampollosos. AEPap. 2016 (en línea).
12. Lopez García AM, Molina Gutierrez MA, Sanchez orta A, González Bertolín I. Eccema coxsackium y otra presentación atípica de la enfermedad mano-pie-boca. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2016; 18: 45-8.
13. Stanimirov P, Gateva N. Hand foot mouth disease. A literature review and a clinical case. *Int Jour Science Research*. 2016; 5: 2073-5.