Descargado el: 18-11-2026 ISSN 1727-897X

PRESENTACIÓN DE CASO

Enfermedad boca mano pie. Presentación de un caso

Foot, hand and mouth disease. Case presentation

Deyanira Cabrera Escobar[1] Anet Ramos Plasencia[1] Leticia Espinosa González[1]

[1] Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba

Cómo citar este artículo:
Cabrera-Escobar D, Ramos-Plasencia A, Espinosa-González L. Enfermedad boca mano pie. Presentación de un caso. **Medisur** [revista en Internet]. 2018 [citado 2026 Nov 18]; 16(3):[aprox. 5 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3832

Resumen

La enfermedad boca mano pie es una infección altamente contagiosa, causada por el virus Coxsackie A16 y el enterovirus 71. La transmisión ocurre por contacto directo con secreciones nasales, orales, materia fecal y gotas aerolizadas, en una ruta fecal-oral o ruta oral-oral, y a través de objetos contaminados. Se presenta el caso de un paciente de cuatro años de edad que acudió a la consulta de estomatología por la presencia de vesículas dolorosas en la mucosa bucal, las cuales dificultaban su alimentación. Además presentaba rash en manos y pies. Luego de indicársele tratamiento estomatológico, fue remitido al pediatra de su área de salud, quien concluyó el diagnostico de enfermedad boca mano pie. El componente bucal de esta entidad constituye, por lo general, el principal síntoma y el motivo de consulta, sin embargo, es poco conocida en el perfil estomatológico. En ello radica el interés de la presentación, ya que el conocimiento de la fisiopatología y el cuadro clínico de la afección, permite al estomatólogo realizar el diagnóstico diferencial y sospechar clínicamente la enfermedad.

Palabras clave: Enfermedad de boca mano pie, estomatitis vesicular, exantema, infecciones por coxsackievirus, enterovirus, higiene

Abstract

Foot, hand and mouth disease is a highly contagious disease, caused by the A16 Coxsackie virus and 71 enterovirus. The transmission occurs by the direct contact with nasal and oral secretions or fecal material and sprayed drops, in an oral fecal or fecal oral route and through contaminated objects. A case of a 4 year old patient came to the dental office due to the presence of painful blisters in the oral mucosa which made his feeding difficult. In addition he had a rash in hands and feet. After prescribing dental treatment he was referred to the pediatrician of his health area who conclude the diagnosis of foot, hand and mouth disease. The oral component is generally the main symptom and the chief complaint, however, its almost unknown in its oral profile. That is the reason for the interest of this presentation because knowing its physiopathology and the clinical characteristics of the presentation allows differential diagnosis and clinically suspect the disease.

Key words: Hand, foot and mouth disease, vesicular stomatitis, exanthema, coxsackievirus infections

Aprobado: 2018-05-03 08:47:12

Correspondencia: Deyanira Cabrera Escobar. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana luisgv@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La enfermedad boca mano pie (EBMP), conocida también como estomatitis vesicular con exantema, es una infección altamente contagiosa, causada por el virus Coxsackie A16 y el enterovirus 71; en ocasiones, también se han aislado los tipos serológicos A5, A7, A10, B1, B2, B3 y B5. Los virus Coxsackies son responsables de otras enfermedades como la herpangina y la conjuntivitis hemorrágica aguda.[1-3]

Esta entidad fue identificada por primera vez en Toronto, Canadá, en 1957, a raíz de una pequeña epidemia. El siguiente brote comunicado de Coxsackie ocurrió en Birminghan, Inglaterra, en 1960 y fue descrito por Aisop y colaboradores, quienes notaron lesiones vesiculares en la boca, las manos y los pies, las cuales denominaron como enfermedad boca-mano-pie.[4,5]

Es más común en bebés y niños pequeños. Durante las epidemias el virus se extiende por transmisión horizontal de niño a niño, por contacto directo con secreciones nasales, orales, materia fecal, gotas aerolizadas, en una ruta fecal-oral u oral-oral, y a través de objetos contaminados. La implantación viral se inicia en la boca y en la mucosa del íleo, de ahí se extiende a nódulos linfáticos en las primeras 24 horas, y luego hacia los tejidos, a la mucosa oral y piel. La EBMP tiene un periodo de incubación de tres a cinco días; transcurridos aproximadamente de siete a diez días, los niveles aumentados de anticuerpos se neutralizan y el virus es eliminado, remitiendo de manera espontánea sin dejar cicatrices.[2,3]

En Cuba apenas existen publicaciones sobre la EBMP, y en el caso particular del perfil estomatológico es limitado el conocimiento acerca de esta. Con frecuencia, asisten a la consulta de estomatología pacientes en edades pediátricas aquejados por lesiones bucales dolorosas que dificultan su alimentación y les producen irritabilidad. La EBMP, por su forma de presentación en la cavidad bucal, pudiera ser confundida con otras enfermedades estomatológicas, es por ello que los autores consideran de interés compartir la experiencia de este caso, objetivo del presente artículo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

El paciente, varón de 4 años de edad y color de la piel mestizo, fue llevado a consulta de estomatología por sus padres, en octubre de 2017. Al interrogarlos, estos refirieron que el niño había presentado fiebre elevada el día anterior y que al día siguiente ya aparecieron vesículas dolorosas en la mucosa bucal, por las que el niño rechazaba los alimentos. El paciente se mostró irritable y poco cooperativo.

El examen extraoral reveló vesícula de aproximadamente un milímetro (mm) de diámetro en labio superior izquierdo, cubierta por una pseudomembrana amarillenta, dolorosa a la palpación. El examen intraoral constató la presencia de vesículas esféricas, solitarias, de 1-3 mm de diámetro, tapizadas igualmente por una pseudomembrana amarillenta y rodeadas de un halo eritematoso, situadas en el fondo del surco vestibular derecho e izquierdo del labio inferior a la izquierda, mucosa de ambos carrillos y borde lateral derecho de la lengua, extremadamente dolorosos a la palpación. (Figura 1).



Figura 1. Vesículas en labio superior y fondo del surco vestibular derecho e izquierdo del labio inferior.

Interpretado como una gingivoestomatitis herpética aguda (GEHA), se prescribió paracetamol vía oral (tableta de 500mg, 400mg cada ocho horas, si fiebre) y la aplicación tópica de sábila cuatro veces al día, por sus propiedades antiinflamatorias. También se indicaron algunas medidas generales: aislar los utensilios de alimentación del paciente (vasos, cubiertos, platos), mantener una correcta higiene bucal, consumo de dieta blanda, balanceada y nutritiva, evitar la ingestión de alimentos ácidos y condimentados, e hidratación adecuada.

Durante la estancia en la consulta, pudo observarse además una erupción acompañada de prurito en ambas manos y pies, que obligaban al pequeño a rascarse; según comentó la madre, estas lesiones comenzaron a aparecer en las regiones distales de las extremidades, unas pocas horas después de las manifestaciones orales. Por tal motivo el paciente fue remitido a la consulta de pediatría de su área de salud.

El examen físico general realizado por el pediatra, constató la presencia de exantema, de aproximadamente 1-3 mm de tamaño, extendido en la piel de las caras dorsales y laterales de los dedos de manos y pies. Asimismo, se encontraron lesiones similares dispersas en región de ambas articulaciones radiocarpianas, en el dorso y palma de las manos (Figura 2), en talón, planta y dorso de ambos pies, (Figura 3) piel de los codos, rodillas y región perianal.



Figura 2. Exantema en región de ambas articulaciones radiocarpianas, el dorso y palma de las manos.



Figura 3. Exantema en el dorso de los pies.

La anamnesis, el examen físico y los criterios clínicos, condujeron al diagnóstico definitivo de enfermedad boca mano pie. Se le indicó entonces continuar con el tratamiento estomatológico, mantener la medicación antipirética en caso de fiebre, meclozina (½ tableta de 25mg cada ocho horas), tratamiento tópico para la piel (baños con manzanilla, por su acción antipruriginosa y secante) tres veces al día, durante el período de evolución de la enfermedad; se orientó el lavado frecuente de las manos con agua y jabón durante al menos 20 segundos, retirar al niño del círculo infantil, evitar el contacto directo con otros niños, no compartir objetos mientras durara la enfermedad, y desinfectar las superficies y objetos que pudieran transmitir el virus.

Al séptimo día del diagnóstico, se observó la notable mejoría de las lesiones bucales, así como la descamación en las áreas de la piel anteriormente afectadas, evidencias de la fase de recuperación y remisión de la enfermedad.

DISCUSIÓN

La EBMP es una infección de etiología viral, que aunque puede verse en adolescentes e incluso adultos, predomina en la población infantil, afectando principalmente a niños menores de diez años,[6-8] como en el presente caso.

Los virus Coxsackies provocan inmunidad específica al serotipo causal, de manera que la EBMP puede ocurrir por otros serotipos (es decir, repetirse en otro momento), generalmente con interferencia entre ellos, por ello no se repite en ese periodo estacional.[7] Suele ocurrir generalmente en brotes epidémicos durante los meses de verano y otoño.[6-9] En consonancia, este caso fue asistido en el otoño, como se describe en la literatura.

Esta enfermedad presenta una elevada prevalencia en los países del sudeste asiático (India, Singapur, Japón, China), donde se producen cada año importantes brotes epidémicos que afectan a una parte importante de la población infantil;[10] en Cuba no es una enfermedad habitual, sin embargo, en la actualidad se han reportado con frecuencia pacientes en edades pediátricas con EBMP.

Clásicamente, la EBMP se caracteriza por un cuadro prodrómico de fiebre y malestar general, seguido de lesiones orales y un exantema en las

manos y los pies.[1,2,8] Las lesiones orales preceden a las cutáneas. La erupción mucocutánea típica se caracteriza por un enantema consistente en vesículas o úlceras en mucosa bucal. El exantema aparece en manos, pies, glúteos y región del pañal, comienza de forma máculo-papular y pueden desarrollarse vesículas rápidamente; se disponen en las caras laterales y dorsales de los dedos de manos y pies, en la región periungueal y en palmas y plantas. Hay dolor bucal y prurito cutáneo. Las vesículas en la piel hacen costra. La enfermedad desaparece en un margen de 7 a 10 días y no todos los pacientes llegan a manifestar el cuadro clínico completo.[7,11,12] En el paciente presentado se encontraron lesiones con similares características: en la mucosa bucal, en la piel de las caras dorsales y laterales de los dedos de las manos y pies, en el dorso y palmas de ambas manos, en el dorso, talones y plantas de los pies.

La denominación de la enfermedad detalla perfectamente la distribución de las lesiones, pero en algunos casos puede haber compromiso de otras zonas de la piel. En este sentido, Kumar y colaboradores[3] en su reporte de EBMP, describieron, además, la presencia de erupciones en los codos, rodillas y glúteos; de la misma manera, en el caso que se presenta, se encontraron lesiones exantemáticas dolorosas localizadas en otras regiones de la piel como los codos, rodillas y región perianal.

Con relación al diagnóstico diferencial de las lesiones de la mucosa bucal, deben considerarse la GEHA, la estomatitis aftosa recurrente (EAR) y la herpangina. Por el resto de los síntomas (fiebre y rash) deben plantearse diagnósticos diferenciales con la varicela, la escabiosis,[3,5,6] dengue hemorrágico y zika. En la GEHA y la EAR se presentan lesiones en cualquier zona de la mucosa bucal, mientras que en la herpangina las lesiones se instalan en paladar blando, pilares amigdalinos y mucosa faríngea; en este sentido, ninguna de estas enfermedades se encuentra asociada a la aparición simultánea de lesiones en las manos y pies como en la EBMP; en tanto, la varicela y la escabiosis cursan con manifestaciones exantemáticas que respetan la cavidad bucal. El dengue hemorrágico y el zika sí se caracterizan por el rash, pero no comprometen la mucosa oral, a excepción de la gingivorragia propia del dengue hemorrágico, además, presentan un cuadro clínico sistémico diferente al de la EBMP, no obstante, se advierte la importancia de diferenciarlas especialmente, debido al genio epidémico en que se encuentra el país.

Para el diagnóstico correcto de esta afección es necesario realizar examen clínico e interrogatorio adecuados, y es imprescindible establecer el diagnóstico diferencial puesto que no existen pruebas de laboratorio específicas para diagnosticarla. En caso de duda deben utilizarse pruebas especiales como la microscopía electrónica, en la que se muestran las partículas típicas del virus (inclusiones intranucleares eosinofílicas), o la serología IgG para virus Coxsackie.[2,9] Las lesiones en la mucosa bucal y el exantema cutáneo generalmente constituyen indicios para el diagnóstico temprano, el cual se basa, principalmente, en las manifestaciones clínicas y resulta beneficioso para los pacientes pediátricos, al restringir la necesidad de realizar exámenes invasivos.[2] El diagnóstico del presente caso se basó, sobre todo, en la historia de la enfermedad y el examen físico general, mediante el cual fueron identificadas las características clínicas de la lesiones, tanto en su apariencia como en su distribución en la mucosa bucal y piel. El diagnóstico precoz también es importante porque permite evitar brotes epidémicos, ya que la EBMP es una enfermedad viral de rápido contagio que fácilmente puede diseminarse en poblaciones de edad preescolar y escolar.

El protocolo de tratamiento se fundamentó en el alivio de la sintomatología y la indicación de medidas básicas para evitar la transmisión de la enfermedad, las cuales se definen en una sola palabra: higiene. Por lo dicho anteriormente, es importante seguir procedimientos rigurosos de lavado de manos, higiene personal e impedir compartir objetos o utensilios. El paciente con EBMP es potencialmente contagioso durante los síntomas iniciales y hasta que las lesiones bucales y el exantema de la piel desaparezcan.

Se concluye que el componente bucal de la EBMP constituye, por lo general, el principal síntoma y el motivo de consulta de estos pacientes, por lo que el conocimiento de la fisiopatología y el cuadro clínico de esta afección permite al estomatólogo realizar el diagnóstico diferencial y sospechar clínicamente la enfermedad; la remisión oportuna al médico de la familia o pediatra, así como el tratamiento inmediato con énfasis en la educación sanitaria sobre el papel relevante de la higiene por el acelerado contagio de la enfermedad, evita la aparición de brotes epidémicos en la población infantil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thumjaa A. Case series of hand foot mouth disease in children. Int J Contemp Pediatr. 2014 ; 1 (1): 14-16.

2. Gürkan A, Acar M, Aenel S. Características demográficas de pacientes con enfermedad de pie-mano-boca. Serie de casos atípicos. Arch Argent Pediatr [revista en Internet]. 2015 [cited 4 Oct 2017] ; 113 (4): [aprox. 11p]. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752015000400018&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

3. Rao PK, Veena K, Jagadishchandra H, Bhat SS, Shetty SR. Hand, Foot and Mouth Disease: Changing Indian Scenario. Int J Clin Pediatr Dent. 2012 ; 5 (3): 220-22.

4. Liu B, Luo L, Yan S, Wen T, Bai W, Li H, et al. Clinical Features for Mild Hand, Foot and Mouth Disease in China. PLoS One. 2015 ; 10 (8): e0135503.

5. Oliveras P. Enfermedad de la boca, la mano y el pie. Enferm Pediátr [revista en Internet]. 2012 [cited 18 Oct 2017] ; 4 (1): [aprox. 3p]. Available from: http://bello.cat/pubocamanopie.pdf.

6. Nicola AC, Malpica R. Enfermedad de boca-mano-pie y virus Coxsackie. Reporte de un caso. Multiciencias. 2012 ; 12 (3): 300-4.

7. Fariñas L. Contra el síndrome boca-mano-pie, higiene. Granma [revista en Internet]. 2017 [aprox. 2p]. Available from: http://www.granma.cu/todo-salud/2017-10-15/contra-el-sindrome-boca-mano-pie-higiene-15-10-2017-23-10-15.

8. He YQ, Chen L, Xu WB, Yang H, Wang HZ, Zong WP, et al. Emergence, Circulation, and Spatiotemporal Phylogenetic Analysis of Coxsackievirus a6- and Coxsackievirus a10-Associated Hand, Foot, and Mouth Disease Infections from 2008 to 2012 in Shenzhen, China. J Clin Microbiol. 2013 ; 51 (11): 3560-6.

9. Ferrari B, Taliercio V, Hornosa L, Luna P, Abad ME, Larralde M. Onicomadesis asociada a la enfermedad de boca, mano y pie. Arch Argent Pediatr [revista en Internet]. 2013 [cited 4 Oct 2017] ; 111 (6): [aprox. 6p]. Available from: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752013000600019.

10. Cabezas C. Enfermedades infecciosas emergentes-reemergentes y sus determinantes. Rev Peru Med Exp Salud Publica [revista en Internet]. 2015 [cited 4 Oct 2017] ; 32 (1): [aprox. 4p]. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000100001.

11. Hubiche T, Schuffenecker I, Boralevi F, Leaute C, Bornebusch L, Chiaverini C, et al. Dermatological spectrum of hand, foot and mouth disease from classical to generalized exanthema. Pediatr Infect Dis J. 2014 ; 33 (4): e92-8.

12. 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 [revista en Internet]. 2013 [cited 4 Oct 2017] ; 132 (1): [aprox. 24p]. Available from: http://pediatrics.aappublications.org/content/132/1/e149.