

PRÁCTICAS PROFESIONALES

Enfermedad de la boca, la mano y el pie

P. Oliveras Costa

Enfermera de Pediatría. Centro de Atención Primaria Casc Antic. Barcelona

Introducción

La enfermedad de la boca, la mano y el pie es vírica, benigna y autolimitada. No siempre afecta a las manos y los pies, y suele presentarse en forma de pequeños brotes epidémicos que, en general, quedan limitados a los estrechos márgenes de las instituciones escolares, en general guarderías o clases de preescolar. Debe recordarse que el concepto de epidemia implica el aumento temporal del número de casos de una enfermedad habitual, en una zona determinada.

El agente etiológico más frecuente de la enfermedad es el virus Coxsackie A16; otros que también pueden producirla son Coxsackie A5 y A10, herpesvirus y varios enterovirus. Los virus Coxsackie son numerosos y tienen una amplia distribución geográfica. Los del grupo A son responsables de otras enfermedades en la infancia: meningitis aséptica, herpangina, también fiebres con exantema o linfadenitis, o faringitis, gastroenteritis, traqueobronquitis, pleurodinia, pericarditis, y, de manera excepcional, encefalitis.

Más conocida simplemente como boca-mano-pie (o mano-pie-boca, o pie-mano-boca), y menos conocida como estomatitis vesicular con exantema, esta enfermedad comenzó a ser identificada en Toronto, Canadá, en 1957, a raíz de una pequeña epidemia. Los estudios virológicos que entonces se practicaron ya pudieron identificar al virus Coxsackie A16. Los virus Coxsackie eran conocidos desde 1948, y deben su nombre a la ciudad de Coxsackie, en el estado de Nueva York: allí fueron identificados por primera vez en el contexto de los estudios diagnósticos que se le realizaban a un niño que presentaba un cuadro clínico de poliomielitis paralítica.

Características clínicas

La enfermedad de la boca, la mano y el pie afecta sobre todo a bebés y niños pequeños, casi siempre menores de



Figura 1. Lesiones periorales de la enfermedad de la boca, la mano y el pie

10 años, y en general en verano u otoño. El contagio es fácil, rápido y por contacto directo (secreciones de nariz y garganta, gotas de Flügge o heces); no hay evidencia de contagio por medio de insectos, agua o alimentos contaminados. La enfermedad es transmisible durante la fase aguda (y quizá desde unos días antes), y se cree que posteriormente también lo es, porque se ha comprobado la presencia del virus en las heces durante varias semanas después de la fase clínica.

Después de un periodo de incubación que se cree de 3 a 7 días, el paciente presenta síntomas sistémicos ligeros: febrícula, a veces fiebre, malestar, diarrea, odinofagia y rechazo del alimento; el niño puede presentar también síntomas catarrales. En el interior de la boca y en la zona perioral (figura 1), y en número variable, se observan pequeñas lesiones vesiculares o pápulo-vesiculares que suelen estar rodeadas de un halo eritematoso; asientan en la cara mucosa de labios y carrillos, en las encías y sobre el borde de la lengua; son lesiones molestas, y en ocasiones dolorosas, hasta el punto de provocar babeo y rechazo de ciertos alimentos.

Las lesiones de manos y pies sólo afectan a la mitad de los pacientes. Son pápulas o vesículas pequeñas que asientan sobre un mínimo halo eritematoso. Es caracterís-



Correspondencia:

P. Oliveras

Correo electrónico: oliveras55@hotmail.com



Figuras 2 y 3. Lesiones características en plantas y palmas

tico observarlas en palmas y plantas (figuras 2 y 3), en el lado palmar de los dedos y en los espacios interdigitales, aunque también pueden observarse en la cara dorsal de manos y pies, e incluso un poco más allá, en la muñeca y en la pierna. En algunos casos se observan lesiones en las nalgas, que se extienden hacia los muslos. La fiebre es posible pero no suele ser alta; el paciente puede presentar linfadenopatías.

Es fácil identificar esta enfermedad cuando el cuadro clínico es completo y cuando hay un entorno epidémico. Pero no lo es tanto cuando las lesiones de manos y pies son poco evidentes, o no están presentes. Las lesiones de la boca pueden confundirse con las de la herpangina o con las de la estomatitis herpética; las lesiones de los glúteos pueden hacer pensar en la púrpura de Schönlein y Henoch, y las lesiones de manos y pies pueden confundirse con escabiosis.

Es posible que la enfermedad se presente también en los adultos, familiares o cuidadores de los niños afectados; también puede cursar de manera asintomática, circunstancia que favorece el contagio. La enfermedad evoluciona de manera espontánea y completa en 7 a 10 días. Si bien las complicaciones son raras (meningitis aséptica, encefalitis, parálisis tipo polio), debe tenerse presente que el rechazo a comer y beber implica un riesgo de deshidratación, en especial en los pacientes más jóvenes.

Cuidados de enfermería

Para prevenir el contagio, la importancia de la higiene es fundamental: es necesario extremar el lavado de las manos de familiares y cuidadores. Tanto en casa como en el entorno escolar, la higiene debe ser rigurosa, especialmente después de cambiar los pañales, la ropa, etc. El niño no debe asistir a la guardería o al colegio si presenta fiebre o lesiones orales o de manos y pies. Lo más razonable es recomendar que el paciente no vuelva al colegio y permanezca en casa mientras tenga fiebre o lesiones, a fin de evitar más contagios.

La diarrea y la dificultad para ingerir alimentos y líquidos a causa de la odinofagia que provoca las lesiones orales obliga a prestar una especial atención a los líquidos; es probable que el niño acepte beber líquidos abundantes si éstos le son ofrecidos en frecuentes y pequeñas fracciones, y un poco fríos. Téngase presente que pueden padecer cierto grado de hipoglucemia por falta de ingesta. Deben evitarse los alimentos condimentados o ácidos, y no hay problema en repetir, dentro de lo razonable, con aquellos alimentos que el niño acepte sin dificultad.

La enfermedad de la boca, la mano y el pie no necesita más que tratamiento sintomático. El paracetamol en la dosis habitual es útil para combatir la fiebre y el malestar. Las lesiones de manos y pies no suelen ser dolorosas, y no necesitan entonces más que la higiene habitual.

Bibliografía

- Bras Marquillas J, de la Flor Bru J, Torregrosa Bertet M, van Esso Arbolave D, eds. *Pediatría en atención primaria*. Barcelona: Masson, 2005.
- Jonhson M. *Interrelaciones NANDA, NIC y NOC*, 2.ª ed. Barcelona: Elsevier, 2007.
- Schwartz M, ed. *Los 5 minutos clave en la consulta del pediatra*. Madrid: Awwé, 2005.
- Vázquez Doval F, García-Patos Briones V. *Diagnóstico diferencial en dermatología pediátrica*. Barcelona: Esmon, 2005.
- Wong DL, Whaley LF. *Manual clínico de enfermería pediátrica*. Barcelona: Masson-Salvat enfermería, 2003.