

Eccema Coxsackie vs eccema herpético.

La importancia de un correcto diagnóstico diferencial

Coxsackie ekzema vs ekzema herpetikoa. Diagnostiko diferentzial egoki baten garrantzia

L. Costa Serra, S. Maeso Méndez,
L. Aguirre Pascasio, M. Gendive Martín,
C. Salado Marín

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario
Araba. Vitoria-Gasteiz.

El eccema Coxsackie consiste en una manifestación atípica de la enfermedad mano-pie-boca, siendo el germen responsable más frecuente el enterovirus Coxsackie A6. La edad media de presentación son los 18 meses, sin diferencias entre sexos. Produce afectación cutánea con exantema papulo-vesicular en región peribucal, cuello, tronco, área del pañal y extremidades, generalmente asociada a fiebre y buen estado general. Afecta más frecuentemente a pacientes con patología cutánea crónica como dermatitis atópica, en los que las lesiones se localizan sobre regiones previamente afectas. Suele cursar de forma autolimitada con buen pronóstico^(1,2). Es importante el conocimiento de esta patología para poder realizar un correcto diagnóstico diferencial con otras entidades con expresiones clínicas similares, siendo la más relevante por sus potenciales complicaciones, el eccema herpético.

El eccema herpético consiste en la infección cutánea viral causada por el virus herpes simple (VHS 1 en la mayoría de los casos), que afecta principalmente a pacientes con patologías cutáneas crónicas, siendo la más frecuente la dermatitis atópica. Afecta más frecuentemente a varones menores de 3 años y medio. El cuadro clínico consiste en una erupción monomorfa de lesiones vesiculopustulosas umbilicadas, generalmente agrupadas, localizadas sobre piel afectada por la dermatosis de base, con tendencia a la formación de costras. Posteriormente se produce una generalización de las lesiones con afectación de la piel sana,

aunque suelen respetar la región peribucal y el área del pañal. Suele acompañarse de fiebre, afectación del estado general y adenopatías. Requiere un diagnóstico precoz debido a la posible diseminación visceral, con una letalidad del 75%. El tratamiento consiste en aciclovir sistémico⁽³⁻⁶⁾.

CASO 1

Lactante de 19 meses con antecedentes de dermatitis atópica acudía al servicio de urgencias por aparición de lesiones vesiculosas en fosas antecubitales y huecos poplíteos, con afectación de áreas de piel sana como abdomen, área del pañal y extremidades (Fig. 1). Presentaba fiebre de hasta 38,5° C. Se realizó analítica sanguínea en la que destacaba leucocitosis con neutrofilia y PCR de 6,3 mg/dl. Se extrajeron hemocultivos, serología y PCR de virus herpes en sangre, y se obtuvo muestra de exudado vesicular para realización de PCR de virus herpes y cultivo bacteriano. Ingresó para tratamiento antiviral y antibiótico intravenoso por sospecha de eccema herpético sobreinfectado. A las 48 horas de ingreso cedió la fiebre. Se recibió resultado de los estudios, siendo negativos para herpes virus y positivos para enterovirus y *Staphylococcus aureus*. Ante estos hallazgos, con el diagnóstico de eccema Coxsackie, se suspende aciclovir y se mantiene el tratamiento antibiótico, con evolución satisfactoria.



Figura 1. Eccema coxsackie. Lesiones vesículo-crostradas en extremidades inferiores.



Figura 2. *Eccema herpético. Lesiones vesículo-costrosas impetiginizadas en zona interiliar, espalda y tórax.*

CASO 2

Niño de 13 años con antecedentes de dermatitis atópica severa acudía al servicio de urgencias por aparición en las últimas 48 h de lesiones vesiculosas en cara, tronco y extremidades, con progresiva generalización y aparición de placas confluentes vesículo-costrosas impetiginizadas predominantes en zona interiliar, frente y raíz nasal (Fig. 2). Presentaba además fiebre de hasta 38° C con buen estado general. Se realizó analítica sanguínea en la que destacaba una PCR de 40 mg/dL, siendo el resto anodino. Se recogió muestra de las lesiones e ingresó con antibioterapia intravenosa y tópica por sospecha de impétigo severo, sin mejoría significativa. A las 48 h se recibió el resultado microbiológico de la muestra de las lesiones, presentando PCR positiva para VHS

1 y crecimiento de *Staphylococcus aureus*. Ante estos hallazgos, con el diagnóstico de eccema herpético, se añadió aciclovir intravenoso al tratamiento previo, con mejoría importante de las lesiones en 24-48 h y desaparición de estas en 12 días.

CONCLUSIÓN

Es importante conocer y saber reconocer ambas entidades por varias razones: en primer lugar, por la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz del eccema herpético para evitar complicaciones y aumentar la supervivencia, y en segundo lugar por la posibilidad de evitar el ingreso y tratamiento antiviral a aquellos pacientes que presentan un eccema Coxsackie no complicado. El

diagnóstico diferencial de ambas entidades se basa en la distribución de las lesiones (el eccema herpético respeta el área del pañal y región peribucal, a diferencia del eccema Coxsackie) y el estado general del paciente (buen estado general en el eccema Coxsackie; mayor afectación del estado general en el eccema herpético). En aquellos pacientes en los que se nos presenten dudas, es adecuada la realización de una detección de VHS 1 y 2, varicela-zóster y enterovirus en exudado faríngeo y en muestra obtenida de las lesiones. Así, la obtención de un resultado negativo para VHS 1 y positivo para enterovirus permitiría suspender precozmente el tratamiento con aciclovir y el ingreso del paciente, permitiendo un manejo ambulatorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. López García AM, Molina Gutiérrez MA, Sánchez Orta A, González Bertolín I. Eccema coxsackium y otra presentación atípica de la enfermedad de mano-pie-boca. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2016; 18: 45-8.
2. Pérez-González D, Leonardo-Cabello MT, Gómez-Fernández C. Eccema coxsackium. *An Pediatr*. 2021; 95(6): 486-7.
3. Balbín Carrero E, Chavarría Mur EE, de la Cueva Dobao P, Valdivieso Ramos M, Hernanz Hermosa JM. Eccema herpético en un paciente atópico. *Acta Pediatr Esp*. 2009; 67(10): 491-2.
4. Lobera Gutiérrez de Prado E, Domínguez Rovira S, Vicente Villa MA, González Enseñat MA, Payeras Grau J. Erupción variceliforme de Kaposi en dos pacientes afectos de dermatitis atópica. *An Esp Pediatr*. 1998; 48: 303-5.
5. Gogou M, Douma S, Haidopoulou K, Giannopoulos A. Herpeticum-like rash in a child with atopic dermatitis: early clinical suspicion is valuable. *Sudan J Paediatr*. 2018; 18(2): 53-5.
6. Chana A, Sacks MD. Eczema Herpeticum. *N Engl J Med*. 2017; 377(7): e9.