

CASE REPORT

Atypical rash, a diagnostic challenge in clinical practice: A Case Report from Bolivia

Exantema atípico, un desafío diagnóstico en la práctica clínica: Reporte de Caso en Bolivia

Carlos Alberto Paz-Román¹ , Jhossmar Cristians Auza-Santivañez² , Paola Nielsen Fuentes Luzcuber¹ 
, Leonel Rivero Castedo³ , Mildred Ericka Kubatz La Madrid⁴ , Sara Milca Robles-Nina⁵ , Carmen
Julia Salvatierra Rocha⁶ , Jorge Márquez Molina⁷ 

¹Hospital de Niños Mario Ortiz. Clínica de las Américas. Santa Cruz. Bolivia.

²Hospital Fray Quebracho. Instituto Académico Científico Quispe-Cornejo. Tarija. Bolivia.

³Hospital Municipal Dr. Julio Manuel Aramayo. Santa Cruz. Bolivia.

⁴Hospital de Tercer Nivel Dr. Hernán Messuti Ribera. Servicio de Imagenología y Apoyo al diagnóstico. Pando. Bolivia.

⁵Hospital de Segundo Nivel Walter Khon. Oruro. Bolivia.

⁶Seguro Social Universitario Santa Cruz. Clínica Foianiani. Santa Cruz. Bolivia.

⁷Hospital del Norte. Clínica Prosalud. Cochabamba. Bolivia.

Citar como: Paz-Román CA, Auza-Santivañez JC, Fuentes Luzcuber PN, Rivero Castedo L, Kubatz La Madrid ME, Robles-Nina SM, et al. Atypical rash, a diagnostic challenge in clinical practice: A Case Report from Bolivia. Salud Integral y Comunitaria.2026; 4:276. <https://doi.org/10.62486/sic2026276>

Enviado: 23-07-2025

Revisado: 13-09-2025

Aceptado: 17-11-2025

Publicado: 01-01-2025

Editor: Dr. Telmo Raúl Aveiro-Róbalo 

Autor para la correspondencia: Jhossmar Cristians Auza-Santivañez 

ABSTRACT

Hand-foot-and-mouth disease, commonly caused by Coxsackievirus A16, can manifest in atypical and severe forms associated with the CVA6 serotype, termed “eczema coxsackium,” which may mimic serious pathologies. This report describes the case of a 10-year-old boy with a diffuse maculopapular rash, targetoid and bullous lesions, and systemic compromise, initially diagnosed as erythema multiforme major. The discussion focuses on the differential diagnostic challenge with eczema herpeticum, highlighting that despite the alarming clinical presentation, etiological confirmation via PCR for CVA6 was crucial to rule out other infections, discontinue unnecessary acyclovir, and focus treatment on supportive care, leading to a favorable outcome. In conclusion, eczema coxsackium due to CVA6 should be considered in severe vesiculobullous rashes, with PCR being essential for an accurate diagnosis and proper management, as its prognosis is generally benign.

Keywords: Eczema Coxsackium; Coxsackievirus A6; Erythema Multiforme; Differential Diagnosis; PCR.

RESUMEN

Un “exantema atípico” es una erupción cutánea aguda que difiere en apariencia de las erupciones virales clásicas, como el sarampión, Coxsackievirus, la rubéola o el eritema infeccioso. La enfermedad de mano-pie-boca es una infección viral común en la infancia, que generalmente es causada por las cepas del Coxsackievirus A16 (CVA16) y enterovirus 71 (EV71), manifestándose como erupciones vesiculares en manos, pies y boca. Las formas atípicas son presentadas por lesiones cutáneas mucosas más extensas, variadas y a menudo más graves que la HFMD clásica. El eczema coxsackium se caracteriza por erupciones papulovesiculosas, eccematosas e incluso costrosas, especialmente por las extremidades, nalgas y la región perioral. Estas características pueden simular a otras enfermedades dermatológicas severas, tales como el eczema herpeticum, la varicela, el herpes zóster diseminado o el eritema multiforme mayor, lo que convierte a estos casos en un desafío diagnóstico. En nuestro caso clínico describimos una presentación clínica atípica del CVA6, el diagnóstico, manejo y tratamiento de las complicaciones, destacando a su vez el diagnóstico diferencial.

Palabras clave: Eccema Cocksackium; Cocksackievirus A6; Eritema Multiforme; Diagnóstico Diferencial; PCR.

INTRODUCCIÓN

Un “exantema atípico” es una erupción cutánea aguda que difiere en apariencia de las erupciones virales clásicas, como el sarampión, Cocksackievirus, la rubéola o el eritema infeccioso. Suelen estar precedidas o asociadas a síntomas sistémicos inespecíficos, como fiebre, malestar general o infección de las vías respiratorias altas o del tracto gastrointestinal. La enfermedad de mano-pie-boca (HFMD, por sus siglas en inglés) es una infección viral común en la infancia, que generalmente es causada por las cepas del Cocksackievirus A16 (CVA16) y enterovirus 71 (EV71), manifestándose como erupciones vesiculares en manos, pies y boca.⁽¹⁾ En los últimos años han surgido preocupaciones sobre manifestaciones atípicas de HFMD, particularmente las que tienen por agente etiológico al CVA6.^(2,3,4) Estas formas atípicas son presentadas por lesiones cutáneas mucosas más extensas, variadas, y a menudo más graves que la HFMD clásica, llevando a la denominación de “eccema coxsackium” en casos donde la lesiones se localizan en áreas de dermatitis ya existentes.^(3,5,6) El eccema coxsackium se caracteriza por erupciones papulovesiculosas, eccematosas e incluso costrosas, especialmente por las extremidades, nalgas y la región perioral, siendo frecuentemente asociado con pacientes que tienen antecedentes de dermatitis atópica (DA).^(4,7,8) Estas características pueden simular a otras enfermedades dermatológicas severas, tales como el eccema herpeticum, la varicela, el herpes zóster diseminado o el eritema multiforme mayor, lo que convierte a estos casos en un desafío diagnóstico significativo.^(3,4,9)

Nuestro caso clínico tiene como objetivo describir la presentación clínica atípica del CVA6, el proceso diagnóstico y el manejo de un caso particular de eccema coxsackium con características de eritema multiforme mayor en un niño de 10 años, destacando a su vez la importancia diferencial y la confirmación etiológica mediante PCR.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 10 años de edad, ingresa al hospital con un cuadro clínico de una semana de evolución, inicialmente el paciente presentó síntomas de resfriado común, seguido de fiebre de 38°C y la aparición de lesiones maculopapulares en la región del tórax y miembros superiores e inferiores. Al tercer día, se observó una extensión progresiva del exantema y persistencia de la fiebre. A su llegada a nuestro hospital, el paciente se encontraba con malestar general, dolor de garganta, con fiebre, muy álgido, al examen físico se evidenció la presencia de un exantema maculopapular difuso, lesiones tipo diana con un área central ampollar, así como lesiones versiculo ampollosas diseminadas en región de la cara, tronco (figura 1) y extremidades superiores e inferiores (figura 2), mucosas ligeramente secas, con taquicardia, presión arterial dentro de límites normales y el resto del examen físico dentro parámetros normales.



Figura 1. Se observa lesiones faciales, vesiculoampollosas y costras de aspecto melicérico

Los exámenes de laboratorio al ingreso evidenciaron neutrófilos ($7,650/\text{mm}^3$) y Proteína C reactiva (PCR) elevada de 24 mg/dl, con función hepática y renal dentro de los parámetros normales. La radiografía de tórax no mostró infiltrados pulmonares, y el cultivo de lesiones cutáneas fue negativo para bacterias. A las 48 horas de ingreso La PCR se incrementó aún más a 48 mg/dl, confirmando un aumento significativo de los reactantes de fase aguda.

Ante la gravedad del cuadro y la morfología de las lesiones, se planteó un diagnóstico presuntivo de eritema polimorfo mayor secundario a infección por herpes o coxsackievirus. Por lo que se inició un tratamiento empírico, medidas de soporte, administración de albúmina a dosis pediátrica, rehidratación intravenosa y antibióticos intravenosos de amplio espectro (cefotaxima intravenosa) ante la sospecha de sobreinfección bacteriana. También se inició aciclovir intravenoso debido a la posibilidad de eccema herpeticum, dado el estado sistémico del paciente y las características de las lesiones.



Figura 2. Lesiones vesiculoampollosas en región del dorso de manos y pies, pantorrillas, antebrazos, tronco

Se solicitaron pruebas de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en frotis de las lesiones cutáneas para detectar Coxsackievirus y Herpes Simplex Virus. Los resultados de la PCR, recibidos en 72 horas, fueron positivos para Coxsackievirus A6 y negativos para Herpes Simplex Virus. Este hallazgo reorientó el diagnóstico hacia un eccema coxsackium atípico con características de eritema polimorfo mayor y superinfección bacteriana secundaria.

Tras la confirmación etiológica, el aciclovir fue suspendido. Se mantuvo el soporte, la rehidratación y los antibióticos por la sobreinfección. Además, se añadió terapia con corticosteroides tópicos de potencia media y curas locales con sulfato de zinc. La evolución fue favorable, con resolución progresiva de las lesiones en las siguientes 2-3 semanas, seguida de descamación palmoplantar (figura 3). El paciente fue dado de alta en buen estado general sin secuelas cicatriciales.



Figura 3. Lesiones proceso de descamación

DISCUSIÓN

Este caso clínico ilustra la dificultad diagnóstica que puede presentar el eccema coxsackium, especialmente

en cuadros con manifestaciones atípicas que imitan a otras patologías dermatológicas severas.⁽²⁾ La presentación inicial del paciente, con lesiones de tipo diana, vesiculo-ampollares diseminadas, con compromiso sistémico, hizo que el eritema multiforme mayor (EMM) y el eccema herpeticum (EH) fueran los principales diagnósticos diferenciales.^(9,10)

El EMM es una reacción de hipersensibilidad, que a menudo es desencadenada por infecciones (frecuentemente dada por el virus del herpes simple, como también por *Mycoplasma pneumoniae*) o medicamentos, caracterizada por las clásicas lesiones en diana.^(1,9) El eccema herpeticum, por su parte, es una infección por el virus del herpes simple (VHS) que afecta a piel con afecciones preexistentes (como la dermatitis atópica), presentándose como vesículas y erosiones en “sacabocados” con un potencial de diseminación grave y afectación sistémica.^(1,2,4) La similitud es tal que el eccema coxsackium puede ser clínicamente indistinguible del eccema herpeticum en su presentación inicial.⁽¹⁰⁾ El diagnóstico diferencial de la HFMD atípica incluye eccema herpético, infección por el virus varicela-zóster, infección por MPOX (viruela del simio) e impétigo ampolloso. El Coxsackievirus A6 (CVA6) ha emergido como un serotipo clave en brotes de HFMD con presentaciones atípicas, que caracterizados por ser más extensos, severos y variados, se diferencian de las formas clásicas.^(1,2) Estas manifestaciones atípicas incluyen erupciones vesiculoampollosas y erosivas generalizadas, que son similares al Síndrome de Gianotti-Crosti; exantemas petequiales/purpúricos y notablemente, el eccema coxsackium, donde las lesiones se acentúan en áreas de la piel previamente inflamadas o dañadas.^(1,2,5) Aunque en nuestro caso, el paciente no tenía un historial de dermatitis atópica, pero la predilección del CVA6 por áreas de trauma o inflamación previa explica la gravedad de la erupción en un huésped sin una dermatosis crónica de base. La edad del paciente, de 10 años, también es relevante, ya que, si bien la HFMD es más común en niños menores de 5 años, los brotes de CVA6 ha afectado también a niños mayores e incluso adultos.^(9,11)

La histopatología en casos de eccema coxsackium pueden mostrar dermatitis espongiforme, dermatitis de interfaz focal con hendiduras subepidérmicas y edema en la dermis papilar.⁽¹⁾ En casos más severos, se ha reportado necrosis epidérmica extensa con disqueratosis y formación de ampollas, lo que puede simular reacciones cutáneas adversas graves como el EMM o el síndrome de Stevens-Johnson (SJS).⁽⁹⁾ De hecho, en el caso base, los hallazgos histopatológicos iniciales fueron compatibles con eritema multiforme, antes de que el contexto epidemiológico y la PCR reorientaran el diagnóstico.⁽¹¹⁾

Para establecer un diagnóstico preciso en este tipo de presentaciones atípicas radica en la sospecha clínica y el uso de pruebas de laboratorio adecuadas. La reacción en cadena de polimerasa (PCR) es el método más eficaz para detectar enterovirus, incluido el CVA6, a partir de muestras de líquido vesicular, frotis orofaríngeos, perirectales o heces.^(7,11) Estas pruebas son necesarias, ya que la diferenciación clínica en comparación a otras enfermedades ampollares puede ser muy difícil.^(2,3) En nuestro caso, la PCR positiva para CVA6 y negativa para VHS fue determinante para confirmar el eccema coxsackium y desescalar el tratamiento antiviral innecesario.⁽⁴⁾ El tratamiento del eccema coxsackium se basa fundamentalmente en el soporte de la enfermedad, esta enfermedad suele ser autolimitada y raramente causa complicaciones sistémicas graves, siendo la hidratación un pilar fundamental en estos casos.^(1,10) La administración de antibióticos solo está indicada en casos de sobreinfección bacteriana, como en la sospecha clínica del paciente de nuestro caso. A diferencia del eccema herpeticum, que puede asociarse a complicaciones graves y mortalidad, el eccema coxsackium tiene un pronóstico generalmente bueno.^(1,4) En niños con piel más oscura, suele presentarse una pigmentación postinflamatoria extensa que puede durar meses o años, pero que finalmente se resuelve.

CONCLUSIONES

Este caso pone en manifiesto un exantema en su forma atípica de la enfermedad mano-pie-boca causada por Coxsackievirus A6. A pesar de su rareza, esta afección resalta la importancia de una vigilancia epidemiología adecuada y subraya la necesidad de reconocer las presentaciones poco comunes de infecciones virales en la edad pediátrica. La realización temprana de pruebas moleculares como el PCR para una identificación etiológica precisa, lo que permite un tratamiento efectivo y un pronóstico adecuado. Al fomentar la colaboración entre profesionales de la salud, implementar medidas preventivas y concienciar a la comunidad, podemos mitigar colectivamente la carga del eccema.

REFERENCIAS

1. Adelia A, Budianti WK, Effendy EH. Eczema Coxsackium: Bentuk Atipikal Hand, Foot, And Mouth Disease Yang Disebabkan Oleh Coxsackievirus A6. *Media Dermato-Venereologica Indonesiana*. 2019;45(1). <http://dx.doi.org/10.33820/mdvi.v45i1.17>
2. Chen Y, Dai B, Han S, Duan G, Yang H, Chen S, et al. Arising concerns of atypical manifestations in patients with hand, foot, and mouth disease. *Vaccines (Basel)*. 2023;11(2):405. <http://dx.doi.org/10.3390/vaccines11020405>

3. 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(1):e149-57. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2012-3175>
4. Vázquez Sánchez M, Genzor Ríos C, López Campos M, Fuentelsaz del Barrio V, Fernández Lozano C. Eczema coxsackium en pacientes con dermatitis atópica. *Pediatr Aten Primaria*. 2022;24(93):e141-5. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322022000100032
5. Fromme JE, Tantcheva-Poór I, Fölster-Holst R. Viral exanthems in children. *Hautarzt*. 2022;73(6):452-60. <http://dx.doi.org/10.1007/s00105-022-05000-w>
6. Ganguly S, Kuruvila S. Eczema coxsackium. *Indian J Dermatol*. 2016;61(6):682-3. <http://dx.doi.org/10.4103/0019-5154.193691>
7. Pérez-González D, Leonardo-Cabello MT, Gómez-Fernández C. Eczema coxsackium. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2021;95(6):486-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.10.012>
8. Siegfried EC, Hebert AA. Diagnosis of atopic dermatitis: Mimics, overlaps, and complications. *J Clin Med*. 2015;4(5):884-917. <http://dx.doi.org/10.3390/jcm4050884>
9. Miller PK, Zain-Ul-Abideen M, Paul J, Perry AE, Linos K, Carter JB, et al. A case of eczema coxsackium with erythema multiforme-like histopathology in a 14-year-old boy with chronic graft-versus-host disease. *JAAD Case Rep*. 2017;3(1):49-52. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jdcrr.2016.11.007>
10. Trayer J, Gore C. Severe eczema flare and Coxsackie virus. *BMJ Case Rep*. 2022;15(2):e247656. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2021-247656>
11. Yañez I, De Oliveira A, Ampuero VB, González J. Eczema coxsackium en adulto. Presentación de un caso. *Rev Chil Dermatol*. 2020;35(4). <http://dx.doi.org/10.31879/rcderm.v35i4.262>

CONSENTIMIENTO

Para la realización de este trabajo se obtuvo el consentimiento del paciente.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para la aplicación del presente estudio.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Carlos Alberto Paz-Román, Jhossmar Cristians Auza-Santivañez.

Curación de datos: Paola Nielsen Fuentes Luzcuber

Análisis formal: Carlos Alberto Paz-Román.

Investigación: Jhossmar Cristians Auza-Santivañez, Paola Nielsen Fuentes Luzcuber.

Metodología: Jhossmar Cristians Auza-Santivañez.

Administración del proyecto: Carlos Alberto Paz-Román.

Recursos: Carmen Julia Salvatierra Rocha.

Software: Mildred Ericka Kubatz La Madrid.

Supervisión: Carlos Alberto Paz-Román.

Validación: Mildred Ericka Kubatz La Madrid.

Visualización: Carmen Julia Salvatierra Rocha.

Redacción - borrador original: Carlos Alberto Paz-Román, Jhossmar Cristians Auza-Santivañez, Paola Nielsen Fuentes Luzcuber, Leonel Rivero Castedo, Mildred Ericka Kubatz La Madrid, Sara Milca Robles-Nina, Carmen Julia Salvatierra Rocha, Jorge Márquez Molina.

Redacción - revisión y edición: Carlos Alberto Paz-Román, Jhossmar Cristians Auza-Santivañez, Paola Nielsen Fuentes Luzcuber, Leonel Rivero Castedo, Mildred Ericka Kubatz La Madrid, Sara Milca Robles-Nina, Carmen Julia Salvatierra Rocha, Jorge Márquez Molina.