



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/1062 - TIRANDO DEL HILO

G. Pérez Darnaudguilhem<sup>a</sup>, I. Valle Escamilla<sup>b</sup>, A. Sierra Medina<sup>a</sup>, E. López Victoria<sup>a</sup>, F.L. Piaggio Muenta<sup>a</sup>, M.D. Camacho Martos<sup>c</sup>, G.D.R. Zambrana Calvi<sup>d</sup>, F. Ferragut Lloret<sup>e</sup> y A. Escribano Ocón<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Real III. Ciudad Real. <sup>c</sup>Médico Residente. Centro de Salud Porzuna. Ciudad Real. <sup>d</sup>Médico de Familia. Hospital de Valdepeñas. Ciudad Real. <sup>e</sup>Médico Residente de Oncología; <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Interna. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 20 años que acude por febrícula, tos y debilidad de 48 horas de evolución, diagnosticado de faringitis aguda. Vuelve a los 25 días por fiebre, odinofagia y debilidad de 24 horas. Objetivamos faringe hiperémica con exudados amigdalares, adenopatías cervicales bilaterales y una adenopatía axilar izquierda. Reinterrogando al paciente comenta relaciones sexuales de riesgo en los últimos meses. Diagnosticamos al paciente de síndrome mononucleósico, solicitando una analítica completa con serología que a los 5 días fue positiva para VEB (primoinfección) y VIH más reacción leucemoide y trombopenia por lo que se remite a Medicina Interna.

**Exploración y pruebas complementarias:** EF: adenopatías cervicales bilaterales indoloras e induradas en zona IIa, IIIa, Va yVb. Resto por aparatos y sistemas sin hallazgos patológicos. Hemograma: leucocitos 20.000, segmentados 3.700, linfocitos 13.500, monocitos 2.800, plaquetas 94.000, VSG 19, resto normal. Bioquímica: GOT 234, GPT 335, GGT 73. Hierro 36, ferritina 1.063. Serología: Ac VEB (IgM e IgG) positivos (primoinfección), Ag/Ac HIV (1+2) positivo. TAC: múltiples ganglios axilares bilaterales inespecíficos. Hepatoesplenomegalia moderada. Múltiples ganglios de pequeño tamaño en cadenas inguinales, mesentéricas y perirrenales inespecíficos. Frotis SP: población linfoide de predominio estimulado y algunas células linfoides en apoptosis.

**Juicio clínico:** Mononucleosis infecciosa por primoinfección de VEB e infección por VIH.

**Diagnóstico diferencial:** Faringoamigdalitis, primoinfección VIH, LLC.

**Comentario final:** En España estamos experimentando un repunte importante del VIH, sobre todo entre la población joven. Cuando un paciente acude a consulta debemos realizar una buena anamnesis, sin olvidar preguntar acerca de los antecedentes epidemiológicos puesto que pueden orientar nuestro diagnóstico hacia patologías graves como la de este caso. El papel de los médicos de Atención Primaria es fundamental en la prevención primaria de enfermedades como la infección por VIH debido a la gran repercusión tanto en el individuo como en la Comunidad, siendo también clave nuestro rol en la prevención secundaria (detección precoz, tratamiento y seguimiento).

## Bibliografía

1. Telenti A, et al. Epstein-Barr virus infection in HIV-positive patients. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 1993;12:601-9.
2. Briongos Figuero LS, et al. Papel del médico de familia en el manejo de la infección por VIH. An Med. Interna (Madrid). 2007;24(8).

**Palabras clave:** *Síndrome mononucleósico. VIH. VEB. Prevención.*