



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1147 - INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

L.P. Ávila Bahamón^a, G. Pardo Moreno^b, S.S. Murga Alvarado^a, M. Fernández Fernández^c, S. Cantillo Torres^d, E. Valverde Valverde^e, C. Rojo Villaescusa^f, L. Ibáñez Barbero^g, C. Magaña Herrera^h y M.Á. María Tabladoⁱ

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia. Centro de Salud José María Llanos. Madrid. ^cMédico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rafael Alberti. Madrid. ^dMédico de Familia; ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ibiza. Madrid. ^fMédico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Artilleros. Madrid. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Media Legua. Madrid. ^hMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Buenos Aires. Madrid. ⁱMédico de Familia. Centro de Salud Perales de Tajuña. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 38 años, comerciante, acude a su médico de familia por fiebre de 5 días (máximo 39 °C), odinofagia, astenia, mialgias y disconfort abdominal inespecífico. Sin antecedentes médico-quirúrgicos relevantes, ni infectocontagiosos de riesgo. A la exploración física, afebril, sin ningún hallazgo relevante, indicándose manejo sintomático y vigilancia domiciliaria. Tras 10 días persiste la fiebre y decaimiento. En la exploración física se evidencia una adenopatía cervical derecha, sin otro hallazgo. Ante la persistencia de fiebre de origen desconocido se deriva a Urgencias Hospitalarias para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física anodina. Analítica: hemoglobina 12,5 g/dL, leucocitos 6.750/μL, Neu 55,8%, Lin 33,7%, plaquetas 136.000/μL, ALT 72 U/L, AST 41 U/L, GGT 21 U/L, PCR 1,5 mg/dL, resto normal. Radiografía de tórax sin alteraciones, ecografía abdominal dentro de la normalidad. Considerándose un síndrome mononucleósico, solicitando serologías: Citomegalovirus-IgM positivo.

Juicio clínico: Infección aguda por citomegalovirus.

Diagnóstico diferencial: El síndrome mononucleósico, es un conjunto de síntomas y signos que responde a variadas etiologías. Clínica: fiebre, faringitis, poliadenoesplenomegalia, exantema. Analítica: leucocitosis mononuclear con linfocitosis atípica. El VEB es la causa más común. El citomegalovirus es la causa más frecuente de anticuerpos heterófilos negativos y su diagnóstico se establece por seroconversión IgM o cuadruplicación del título IgG en presencia de IgM positiva. La infección suele contraerse por vía oral, contacto sexual o transfusión de hemoderivados. Las manifestaciones clínicas más graves son en inmunocomprometidos causando una substancial morbilidad y mortalidad. En el paciente inmunocompetente existe una prevalencia del 40-80%, generalmente asintomática, el 10% de los casos presenta manifestaciones clínicas. La evolución suele ser hacia la resolución espontánea, no requiriendo tratamiento, más que el sintomático, y

seguimiento clínico.

Comentario final: La fiebre de origen desconocido es relativamente frecuente en Atención Primaria. Los síntomas de alarma y la no mejora pese al tratamiento sintomático pueden hacer necesarias las pruebas complementarias (Rx tórax, etc.) o analítica con serología.

Bibliografía

1. Cohen JI, Corey GR. Cytomegalovirus infection in the normal host. *Medicine (Baltimore)*. 1985;64:100-14.
2. Rafailidis PI, Mourtzoukou EG. Severe cytomegalovirus infection in apparently immunocompetent patients: a systematic review. *Virology Journal*. 2008;5:47.

Palabras clave: *Citomegalovirus. Inmunocompetente.*