



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/1605 - CUANDO LOS ANÁLISIS CONFUNDEN

M. Guerrero Cruces^a, C. Aguado Taberné^b, A. Moscoso Jara^c y S. García Castellano^a

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 20 años que acude por astenia de 3 meses de evolución, sin otra sintomatología. Refiere haber consultado por mismo motivo hace 3 meses con resultados analíticos normales. AP: no AMC, no enfermedades previas de interés.

Exploración y pruebas complementarias: CYC: adenomegalias laterocervicales rodaderas y submaxilares. ORL: faringe hiperémica. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación con hepatomegalia de 3 traveses y esplenomegalia de 2 traveses. Adenomegalias inguinales. Analítica (24/07/2017). Hematimetría: leucocitos 10.350, neutrófilos 77,1%, linfocitos 11,2%, Hb 15, VCM 87,5, plaquetas 239.000. Bioquímica: normal. Sistemático de orina: negativo. Serología: IgG VCA VEB positivo, IgM VCA positivo. HIV negativo. IgG toxoplasma negativo, IgM toxoplasma negativo. IgG citomegalovirus positivo, IgM citomegalovirus negativo. Analítica (20/12/2017): Hematimetría: leucocitos 11.720, neutrófilos 25,4%, linfocitos 58,4%, Hb 15, VCM 90,8, plaquetas 167.000. Bioquímica: Bi 0,7, urato 7,1, AST 266, ALT 406, GGT 510, FA 348, LDH 494, CK 64. PCR 16,66. Serología VEB: IgG VCA VEB positivo, IgM VCA negativo. Analítica (23/01/2018): normal. Ecografía: hepatomegalia y mínima ectasia de vía intrahepática. Esplenomegalia de 17 cm. Se observan algunas adenopatías en abdomen superior menores de 10 mm de eje corto. Adenopatías laterocervicales bilaterales de gran tamaño.

Orientación diagnóstica: Mononucleosis infecciosa por VEB.

Diagnóstico diferencial: VIH: puede ocasionar en la etapa de primoinfección una enfermedad similar a la MI con linfocitos atípicos. El citomegalovirus es la causa más frecuente de SMN con anticuerpos heterófilos negativos. El síntoma más común es la fiebre. Las pruebas hepáticas están alteradas y la esplenomegalia es leve. Muchas veces no se encuentran adenomegalias ni faringitis. La infección por herpesvirus humano 6: Habitualmente la infección cursa en forma asintomática, en el adulto puede dar un SMN. Toxoplasma gondii: puede causar adenomegalias mialgias, erupción transitoria, frecuente hepatomegalia, astenia con o sin fiebre y linfomonocitosis con linfocitos atípicos. No afecta a la faringe ni a las pruebas hepáticas.

Comentario final: En el desarrollo de la consulta en el centro de salud no encontramos con casos difíciles, que requieren el estudio y diagnóstico diferencial del mismo, repasando aquellas patologías frecuentes

Bibliografía

1. Martín Ruano J, Lázaro Ramos J. Mononucleosis infecciosa en la infancia. 28º Congreso Nacional; Valencia, 2014.

Palabras clave: Mononucleosis infecciosa. VEB.