



262/289 - UNA ENFERMEDAD POCO COMÚN EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

A. Carrasco Fernández^a, C. García Ceberino^b, A. Simón Fuentes^c, M. Muñoz Lozano^d, E. Romero Cantero^e y F. Carramiñana Barrera^a

^aMédico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ^bMédico de Familia. Centro de Salud San Jorge. Cáceres. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ^dMédico Residente de 3^{er} año. Centro de Salud de San Roque. Badajoz. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 80 años con AP de amigdalectomía, dislipémica y mononucleosis infecciosa (2015), acude a consulta de Atención Primaria por tos persistente no productiva, odinofagia, astenia y pérdida de peso de meses de evolución (estudiado por Medicina Interna sin encontrar hallazgos significativos). No fiebre ni sudoración nocturna. Hábito intestinal normal. No hábitos tóxicos. Ningún viaje reciente.

Exploración y pruebas complementarias: SatO₂ 96%, FC 87 lpm, T^a 36 °C, TA 137/82 mmHg. Buen estado general. Faringe hiperérmica sin exudados, ni petequias ni secreciones. ACP: rítmico y crepitantes finos basales. Abdomen: normal. EEII: normales. ECG: RS a 89 lpm, resto normal. Hemograma: Leucocitosis a expensas de linfocitosis, monocitosis, eosinofilia, resto normal. Bioquímica normal. PCR aumentada. Ag VEB: IgG positivo e IgM positivos. Ag CMV: IgG positivos e IgM negativos. Serologías de VHB, VHC y VIH negativas. C3 y C4 normales. Rx de tórax normal. TAC tórax: áreas condensativas subsegmentarias en lóbulo medio con broncograma aéreo. Engrosamientos de paredes bronquiales distales con algunas imágenes seudonodulares sugestivas de impactaciones mucosas y áreas dispersas con patrón nodular de árbol en brote, todo ello sugestivo de proceso infeccioso-inflamatorio/bronquiectasias. En analítica de hace 12 meses Ag VEB IgM positivos.

Juicio clínico: Mononucleosis infecciosa crónica.

Diagnóstico diferencial: Bronquiectasias, neoplasia pulmonar, EPI, TBC, cardiopatía, reflujo gastroesofágico, fármacos.

Comentario final: Nuestro caso describe un síndrome mononucleósico crónico en un huésped inmunocompetente, una entidad no muy común, y que está relacionada con la aparición de trastornos linfoproliferativos (p.e. linfoma de Burkitt, linfoma de Hodgkin...) y neoplasias malignas (p.e. carcinoma nasofaríngeo). Para hacer el diagnóstico de esta entidad se necesitan tres requisitos: 1) Persistencia de síntomas por más de 6 meses después del episodio agudo de MI. 2) Títulos muy elevados de Ac contra el DNA de VEB en la sangre. 3) Signos de afección de órganos, como

esplenomegalia, adenopatías, neumonitis, uveítis o enfermedad neurológica. Por último la infección por el VEB crónica activa se ha de diferenciar del síndrome de fatiga crónica. Aunque algunos pacientes presentan malestar general y fatiga que persiste semanas o meses después de padecer MI, la infección por el VEB persistente no es una causa del síndrome de fatiga crónica.

Bibliografía

1. Sarwari NM, Khoury JD, Hernández CMR. Chronic Epstein Barr virus infection leading to classical Hodgkin lymphoma. *BMC Hematology*. 2016;16:19.
2. Aguilar Rodríguez F, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica 12 de Octubre, 7ª ed. Madrid: MSD de España S.A.; 2012.