



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



329/46 - ¡DOCTORA, ME HE DESPERTADO AMARILLO!

L. Salag Rubio¹; B. Saínz Santos²; P. Fernández Pérez³; B. Haro Martínez⁴; M. Gutiérrez Parra⁵; I. García Díaz⁵.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria. ²Médico de Urgencias. Hospital Sierrallana. Cantabria. ³Hospital Sierrallana. Cantabria. ⁴Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 48 años sin antecedentes personales de interés ni hábitos tóxicos. Acude a servicio de urgencias por presentar fiebre de hasta 39°C de una semana de evolución asociando odinofagia. Desde ayer refiere deposiciones diarreicas, coluria y hoy de manera súbita ha comenzado con coloración icterica de piel y conjuntivas. Niega prurito o dolor abdominal.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: temperatura de 38'2°C, siendo normal el resto de constantes. Ictericia mucocutánea. Adenopatías cervicales móviles. Faringe hiperémica sin exudados. Abdomen blando, depresible y no doloroso a la palpación. No hepatomegalia ni esplenomegalia. El resto de la exploración es anodina. Pruebas complementarias. Analítica sanguínea con hemoglobina 15.50 g/dl, leucocitos 11.200/μl, (granulocitos 30,60%, linfocitos 44%), plaquetas 281.000/μl. Bilirrubina total 7,9 mg/dl (bilirrubina directa 6 mg/dl), GPT 2.937 U/l, GOT 1.564 U/l, GGT 821 U/l. Coagulación normal. Test de Paul-Bunnell positivo. Anti-VHA-IgM positivo, anti-VHA-IgG negativo. Resto de serología de virus hepatotropos negativa. Se realiza ecografía abdominal que muestra un hígado esteatósico, sin otras lesiones. La vesícula biliar está colapsada, con las paredes muy engrosadas de forma difusa; en relación con cuadro de hepatitis. El bazo no muestra alteraciones. El resto de la exploración es normal.

Juicio clínico: Mononucleosis infecciosa (MI) por virus de Epstein-Barr (EBV) y coinfección por virus de la hepatitis A (VHA).

Diagnóstico diferencial: Infección por citomegalovirus, herpes simple-2, varicela zóster, hepatitis B, D o E, primoinfección por virus de la inmunodeficiencia humana.

Comentario final: La evolución fue satisfactoria con tratamiento sintomático. Fue seguido por su médico de atención primaria. A los tres meses presentaba normalización completa de las pruebas de función hepática y clínicamente asintomático. Se procedió a vacunar de hepatitis A a los convivientes directos. La presencia de fiebre, odinofagia y adenopatías orientó el cuadro hacia MI, sin embargo ante la presencia de ictericia con marcada alteración de las transaminasas fue necesario descartar otras causas de hepatitis por virus hepatotropos. La mononucleosis infecciosa asociando coinfección por VHA es un hallazgo poco descrito en la literatura. Si bien sus vías de transmisión son diferentes, sus períodos de incubación son similares, por lo que podrían haber sido

adquiridos al mismo tiempo. Cabe destacar que la presentación clínica en la infección por el VEB es muy variada; siendo típico en los adultos la tríada de faringitis, fiebre y adenopatías. La afectación hepática es muy frecuente en la mononucleosis por el VEB, aunque habitualmente es subclínica en ocasiones puede producir hepatitis fulminante. Hasta el 90% de los pacientes con MI presentan elevación de transaminasas, siendo esta elevación más discreta que la que se produce en las hepatitis agudas por virus de la hepatitis A, B, D o E.

Bibliografía

-Karagöz G, Ak O, Ozer S. The coexistence of hepatitis A and infectious mononucleosis. Turk J Gastroenterol. 2005 Jun;16(2):102-4.

-Sullivan J. Clinical manifestations and treatment of Epstein-Barr virus infection. En: Hirsch M, Kaplan S (eds). UpToDate. 2018. [Citado 2 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.uptodate.com>