



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1632 - MONONUCLEOSIS INFECCIOSA Y ARTRITIS REUMATOIDE

S.R. Anselmi González^a, E. Santos Ferreras^b, R.C. Chávez Flores^c, A.N. Romero García^d, I.M. Ramiro Bejarano^e, P. Fernández de la Mata^e, S. Ondicol Rodríguez^d, N.I. Contreras Mercado^f, J. Salazar Garzo^g y A. Adlbi Sibai^a

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Condesa. León. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado II. León. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eras de Renueva. León. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León. ^eMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. ^fMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino. León. ^gMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 25 años con antecedentes de AR seropositiva, en tratamiento con Metojet 10 mg y ácido fólico 5 mg a la semana. Acude a consulta de Atención Primaria por aparición de adenopatías cervicales, axilares e inguinales bilaterales dolorosas, asociadas a sensación febril. Se le pauta tratamiento antibiótico con amoxicilina durante 7 días, cediendo la fiebre; sin embargo, persisten las adenopatías y aparecen cefalea frontal y náuseas.

Exploración y pruebas complementarias: TA 105/60, FC 100 lpm, T^a 37,7 °C. No exantemas, orofaringe normal, adenopatías laterocervicales bilaterales de 0,5 cm, axilares e inguinales bilaterales de 1 cm, dolorosas y fibroelásticas, no adheridas a planos profundos. AC rítmico, soplo sistólico I-II/VI en precordio. MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación, no masas ni visceromegalias. Resto de la exploración normal. ECO abdominal: adenopatías retroperitoneales < 1 cm sugerentes de reactivas. Esplenomegalia de 14 cm.

Juicio clínico: Mononucleosis infecciosa.

Diagnóstico diferencial: Síndrome mononucleosis like. Adenomegalias generalizadas por artritis reumatoide.

Comentario final: Han habido numerosas asociaciones entre la AR y el EBV. Los títulos de anticuerpos anti-EBV están elevados en pacientes afectados por AR en comparación con pacientes sanos, debido a que los linfocitos en estos pacientes muestran alteración de la respuesta frente a la infección por el virus. Varios antígenos del EBV comparten similitudes con antígenos propios, más específicamente, la secuencia glicina/alanina se repite en el péptido EBNA-1 de proteínas del líquido sinovial al igual que en las gp110-glicoproteínas del virus, conduciendo a una respuesta inmune contra las moléculas HLA-DR con el dicho epítipo compartido. Las células mediadoras del ciclo replicativo de las proteínas del EBV y de gp110 han sido detectadas en el líquido articular de

pacientes con AR. El EBNA-1 puede someterse a citrulinización y el EBV puede generar anticuerpos anti péptido citrulinado, siendo éstos, marcadores diagnósticos altamente específicos para AR. La infección por el EBV puede contribuir indirectamente a la fisiopatología de la AR, por reducir la capacidad del sistema inmune para el control de la replicación del EBV causando una situación de menor respuesta inmune hacia los antígenos del EBV y a las inflamaciones crónicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Toussirot E, Roudier J. Pathophysiological links between rheumatoid arthritis and the Epstein Barr virus: An update. *Joint Bone Spine*. 2007;74:418-26.
2. Balandraud N, Roudier J, Roudier C. Epstein-Barr virus and rheumatoid arthritis. *Autoimmunity Reviews*. 2004;3:362-7.