



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1959 - MONONUCLEOSIS INFECCIOSA VS FARINGITIS AGUDA

C. Álvarez López^a, G. Ortiz Quintana^b, M.Á. Gómez Torres^b, R.S. Fernández Márquez^c, M.D. Spinola Muñoz^d, L. de Tena Barquerizo^e y R. Villa Caro^f

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Carlota. Córdoba. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Córdoba-Guadalquivir. Córdoba. ^cMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villarrubia. Córdoba. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba. ^eMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Distrito Córdoba-Guadalquivir. Córdoba. ^fTutora de Residentes y Médico de Familia. Centro de Salud La Carlota. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Niña de 14 que acudió a urgencias por odinofagia y fiebre de 4 días de evolución, por lo que fue diagnosticada de faringitis aguda y se le pautó amoxicilina-clavulánico al alta. Regresó al servicio de urgencias un día más tarde por empeoramiento de los síntomas previos junto a ictericia de piel y mucosas de nueva aparición.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: paciente con buen estado general orientada y colaboradora, eupneica en reposo y estable hemodinámicamente. Coloración amarillenta de escleras orofaringe con exudado blanquecino, úvula centrada y sin adenopatías. ACR: tonos rítmicos sin soplos. Murmullo vesicular conservado sin ruidos patológicos sobreañadidos. Abdomen: blando depresible, dolor en epigastrio e hipogastrio derecho, Blumberg y Murphy negativos y puñopercusión negativa. Hemograma: leucocitos 7.100 (34% neutrófilos, 40% linfocitos, 16.4 monocitos. Bioquímica: AST 150, ALT 210, FA 479, GGT 214. Coagulación. 44% actividad de protrombina. Ecografía abdominal: hígado de cogenicidad homogénea sin lesiones focales ni alteraciones del tamaño. Porta y colédoco de calibre normal. Vesícula y páncreas normales. Bazo homogéneo de tamaño aumentado (19 cm de longitud), sin lesiones focales. Riñones normales. No líquido libre intraperitoneal ni adenopatías intrabdominales.

Juicio clínico: Síndrome mononucleósido con afectación hepática asociada.

Diagnóstico diferencial: Faringoamigdalitis aguda. Citomegalovirus (el más frecuente, presenta fiebre pero con escasa faringitis y escasas adenopatías). Toxoplasma goNdi. Hepatitis virales. Linfoma. VIH. Sífilis secundaria. Rubeola. Parvovirus B19.

Comentario final: La importancia de este caso radica en la alta frecuencia de enfermos que presentan la sintomatología inicial de esta paciente, tanto en atención primaria como en urgencias, y que aunque puede sugerirnos patología banal no debemos olvidar ciertas enfermedades de mayor gravedad que comparten esos mismos síntomas como en este caso ocurre con la mononucleosis por VEB que presentaba la paciente, no solo por el distinto pronóstico de cada una de ellas sino también

por su diferente tratamiento, algo que evidenciamos en esta paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Han Tan Z, Boo Phua K, Ong C, Kader A. Prolonged hepatitis and jaundice: a rare complication of paediatric Epstein-Barr virus infection. *Singapore Med J.* 2015;56(7):e112-5.
2. Jenson HB. Acute complications of Epstein-Barr virus infectious mononucleosis. *Curr Opin Pediatr.* 2000;12:263-8.
3. Ónodi-Nagy K, Kinyó Á, Meszes A, et al. Amoxicillin rash in patients with infectious mononucleosis: evidence of true drug sensitization. *Allergy Asthma Clin Immunol.* 2015;11(1):1.
4. Balfour HH, Jr, Odumade OA, Schmeling DO, Mullan BD, Ed JA, Knight JA, et al. Behavioral, virologic, and immunologic factors associated with acquisition and severity of primary Epstein-Barr virus infection in university students. *J Infect Dis.* 2013;207:80-8.