



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/2984 - DOLOR ABDOMINAL, NUNCA VALORAR COMO SÍNTOMA AISLADO

L. Cabrera Sánchez<sup>a</sup>, L. Bernal Martínez<sup>b</sup>, A. Moinelo de la Vega<sup>a</sup>, A. Medina Guillén<sup>a</sup>, A. Cayuela López<sup>c</sup> e I. González Riquelme<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palmar. Murcia. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Espinardo. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Ñora. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera la Verde. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 23 años consulta, por dolor abdominal y malestar general. El cuadro aparece hace 2 semanas, con molestias faríngeas leves, cefalea, astenia y fiebre de hasta 38 °C. Desde hace 4 días remitió la fiebre y comenzó con molestias abdominales, sensación de distensión e hiporexia. En la exploración se detecta hiperemia faríngea, aumento de tamaño de amígdala izquierda (sin exudado patológico) con adenopatía ipsilateral y molestias abdominales difusas más focalizadas en hipocondrio derecho. Ante ésta clínica subaguda y larvada en el tiempo, se decide dieta blanda, tratamiento sintomático y solicitamos analítica completa volviendo a citar en 3 días. Finalmente se confirma el diagnóstico de mononucleosis infecciosa con elevación de transaminasas y serología posterior positiva para virus de Epstein Barr. Por tanto, continuamos con el tratamiento sintomático, reposo y citamos para controles analíticos posteriores hasta la completa recuperación.

**Exploración y pruebas complementarias:** Constantes normales, afebril. Exploración: Hiperemia faríngea, amígdala izquierda aumentada de tamaño y adenopatía laterocervical ipsilateral, no dolorosa, móvil, de pequeño tamaño. Auscultación cardiopulmonar normal. ABD: molestias difusas a la palpación profunda más focalizadas en hipocondrio derecho, sin irritación peritoneal. No se palpan masas ni visceromegalias. Ruidos peristálticos conservados. Puño-percusión renal bilateral negativa. Analítica: GOT: 63 U/L, GPT: 102 U/L, GGT: 86 U/L, leucocitos:  $15,08 \times 10^3/uL$ , linfocitos: 69,60%, monocitos: 14%; resto normal. Serología positiva para virus de Epstein Barr. Radiografía de tórax normal.

**Juicio clínico:** Mononucleosis infecciosa.

**Diagnóstico diferencial:** Con otras causas de síndrome mononucleósico (mononucleosis VEB-negativas): herpesvirus humano, citomegalovirus, toxoplasmosis, primoinfección por VIH, etc; y con otras causas de faringoamigdalitis víricas y bacterianas como la producida por Streptococcus pyogenes.

**Comentario final:** En éste caso se pone de manifiesto la necesidad de una anamnesis y exploración clínica detallada, valorando los síntomas en un contexto clínico global e individualizado. Además,

evidencia el completo manejo de la mononucleosis infecciosa en la consulta de AP, realizando un seguimiento estrecho del cuadro, anticipándonos a las posibles complicaciones que pudieran aparecer.

### **Bibliografía**

1. Aronson MD, Auwaerter PG. Infectious mononucleosis in adults and adolescents. UpToDate, 2014.

**Palabras clave:** Dolor abdominal. Adenopatía.