



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



347/4713 - CUANDO LA MONONUCLEOSIS "RECIDIVA"

A. Kramer Ramos^a, M. Turégano Yedro^b, J. Teruel Ríos^a e Y. Bautista Mártir^c

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia.

^bMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Jorge. Cáceres. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera La Verde. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 28 años, sin antecedentes, excepto mononucleosis infecciosa en la adolescencia, ni tratamiento crónico, acude al CS que acude por fatiga y astenia de dos semanas de evolución con fiebre que aparece sobre todo por la tarde noche, con picos máximos de 38,5 °C y que desaparece por la mañana. Leve carraspeo faríngeo, niega dolor de garganta u odinofagia. Niega contactos sexuales de riesgo en los últimos meses excepto con su pareja (2 años de relación). No pérdida de peso. No limitación de las ABVD. Pautamos tratamiento para controlar sintomatología, reposo domiciliario, cita en 7 días y solicitamos analítica de control. A los 4 días, consulta para posible visita domiciliaria por aumento de astenia, así como dolor abdominal y espalda, que aceptamos.

Exploración y pruebas complementarias: Bien hidratada, normocoloreada, eupneica. T^a 38 °C. ACP normal. Exantema de tronco y abdomen, cara y Lesiones maculares no vesiculosas. Respeta palmas y plantas. Abdomen: ligera megalia hepática (se palpa reborde hepático). Mínima defensa cuando exploramos hipocondrio y flanco derecho. Blumberg negativo. Analítica: leucocitos 5,9/uL (4,2-11,5); linfocitos 46,20% (20-45); neutrófilo totales 43,40% (45-75); creatinina 0,99 mg/dL (0,84-12,5); AST-GOT 63 U/L (< 50); ALT-GPT 105 UL (< 50); gamma-GT 30 U/L (< 55); PCR 10,55 mg/L (< 5); CTM Ac Ig G 2,4 AU/mL (< 6,0); CTM Ac Ig M 8,03 S/CO (< 0,85); Epstein Barr VCA Ac Ig G > 8,0 AI; Epstein Barr VCA Ac Ig M 0,5 AI (< 1,1).

Orientación diagnóstica: Mononucleosis por CTM.

Diagnóstico diferencial: reacción alérgica medicamentosa; faringoamigdalitis.

Comentario final: Será fundamental una historia clínica encaminada a la sospecha. Pese a que el paciente hubiera pasado mononucleosis secundaria a Epstein Barr en la adolescencia, la sintomatología nos orientaba hacia otro posible cuadro similar y así fue. CTM Ig M positivo + transaminasas altas + leve hepatomegalia + linfocitosis + algún síntoma, nos confirma el diagnóstico. Mononucleosis secundaria a otra etiología vírica: CTM. Importante valorar impresión clínica y criterios de ingreso, así como adoctrinar en autocuidados y contagio.

Bibliografía

1. Smatti MK, Al-Sadeq DW, Ali NH, et al. Epstein-Barr Virus Epidemiology, Serology, and Genetic Variability of LMP-1 Oncogene Among Healthy Population: An Update. *Frontiers in Oncology*. 2018;8:211.

Palabras clave: Mononucleosis. Epstein Barr.