



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/1605 - CUANDO LOS ANÁLISIS CONFUNDEN

M. Guerrero Cruces<sup>a</sup>, C. Aguado Taberné<sup>b</sup>, A. Moscoso Jara<sup>c</sup> y S. García Castellano<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 20 años que acude por astenia de 3 meses de evolución, sin otra sintomatología. Refiere haber consultado por mismo motivo hace 3 meses con resultados analíticos normales. AP: no AMC, no enfermedades previas de interés.

**Exploración y pruebas complementarias:** CYC: adenomegalias laterocervicales rodaderas y submaxilares. ORL: faringe hiperémica. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación con hepatomegalia de 3 traveses y esplenomegalia de 2 traveses. Adenomegalias inguinales. Analítica (24/07/2017). Hematimetría: leucocitos 10.350, neutrófilos 77,1%, linfocitos 11,2%, Hb 15, VCM 87,5, plaquetas 239.000. Bioquímica: normal. Sistemático de orina: negativo. Serología: IgG VCA VEB positivo, IgM VCA positivo. HIV negativo. IgG toxoplasma negativo, IgM toxoplasma negativo. IgG citomegalovirus positivo, IgM citomegalovirus negativo. Analítica (20/12/2017): Hematimetría: leucocitos 11.720, neutrófilos 25,4%, linfocitos 58,4%, Hb 15, VCM 90,8, plaquetas 167.000. Bioquímica: Bi 0,7, urato 7,1, AST 266, ALT 406, GGT 510, FA 348, LDH 494, CK 64. PCR 16,66. Serología VEB: IgG VCA VEB positivo, IgM VCA negativo. Analítica (23/01/2018): normal. Ecografía: hepatomegalia y mínima ectasia de vía intrahepática. Esplenomegalia de 17 cm. Se observan algunas adenopatías en abdomen superior menores de 10 mm de eje corto. Adenopatías laterocervicales bilaterales de gran tamaño.

**Orientación diagnóstica:** Mononucleosis infecciosa por VEB.

**Diagnóstico diferencial:** VIH: puede ocasionar en la etapa de primoinfección una enfermedad similar a la MI con linfocitos atípicos. El citomegalovirus es la causa más frecuente de SMN con anticuerpos heterófilos negativos. El síntoma más común es la fiebre. Las pruebas hepáticas están alteradas y la esplenomegalia es leve. Muchas veces no se encuentran adenomegalias ni faringitis. La infección por herpesvirus humano 6: Habitualmente la infección cursa en forma asintomática, en el adulto puede dar un SMN. Toxoplasma gondii: puede causar adenomegalias mialgias, erupción transitoria, frecuente hepatomegalia, astenia con o sin fiebre y linfomonocitosis con linfocitos atípicos. No afecta a la faringe ni a las pruebas hepáticas.

**Comentario final:** En el desarrollo de la consulta en el centro de salud no encontramos con casos difíciles, que requieren el estudio y diagnóstico diferencial del mismo, repasando aquellas patologías frecuentes

## **Bibliografía**

1. Martín Ruano J, Lázaro Ramos J. Mononucleosis infecciosa en la infancia. 28º Congreso Nacional; Valencia, 2014.

**Palabras clave:** Mononucleosis infecciosa. VEB.