



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/2254 - ASTENIA, FEBRÍCULA Y EDEMA FACIAL

A. Borrás Gallén¹, B. Hernández Berto², A. Londoño López¹ y J. Doncel-Moriano Martí²

¹Médico de Familia. Centro de Salud de Pego. Alicante. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Pego. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 37 años de edad que acude a consulta por presentar desde hace unas dos semanas astenia generalizada, cefalea, leve sensación de mareo, febrícula vespertina, congestión nasal leve, episodios de edema facial, edema periorbitario y lingual. Niega clínica respiratoria, digestiva o urinaria. No refiere alergias conocidas. Tampoco refiere cambios en su rutina diaria, alimentación, toma de fármacos ni otros posibles desencadenantes alérgicos. Como antecedente familiar destacan la polimialgia reumática y neoplasia de mama que padece su madre.

Exploración y pruebas complementarias: Buen aspecto general, normocoloreada y normohidratada, eupneica. Ligeramente edema facial. Sin lesiones cutáneas. Saturación de oxígeno: 99%. Tensión arterial: 110/65 mmHg. Frecuencia cardiaca: 67 lpm. Auscultación normal. No se palpan adenopatías ni megalias significativas. Sin nódulos tiroideos. Afebril en consulta. Se aprecia ligera hipertrofia e hiperemia amigdalina sin exudados. Se realiza analítica completa donde destaca GPT: 114 UI/L, GOT: 113 UI/L, Linfocitosis atípica, proteinograma alterado con hipergammaglobulinemia policlonal, IgA e IgM en sangre elevadas, VSG: 25 mm/h. Se remite a hematología con ecografía abdominal que muestra angiomiolipoma renal. Se amplía analítica con serología hepática destacando IgM VEB positiva.

Orientación diagnóstica: Mononucleosis infecciosa, inmunofenotipo con predominio de linfocitos T con cociente CD4/CD8 invertido. Población linfocítica policlonal.

Diagnóstico diferencial: Toxoplasmosis, rubéola, neoplasias hematológicas y no hematológicas, adenovirus, virus de la inmunodeficiencia humana, hepatitis A, otras hepatopatías, difteria, enfermedades del tejido conectivo.

Comentario final: Tras confirmar el diagnóstico y ante la ausencia de complicaciones, se solicita control analítico posterior donde se comprueba normalización de proteinograma e inmunoglobulinas, dado por resuelta la infección aguda por VEB. El diagnóstico de la mononucleosis infecciosa debe ser clínico, de entrada, ante un paciente con un cuadro de faringitis, hipertrofia amigdalina y secreción pultácea, adenopatías craneocervicales o generalizadas y fiebre persistente. Sin embargo, dada la frecuencia de las formas atípicas, como en el caso expuesto en el que la paciente sólo presenta síntomas inespecíficos, deben realizarse pruebas de laboratorio para confirmar o descartar el diagnóstico. Del mismo modo, si se descartara el diagnóstico de mononucleosis infecciosa se debe completar el estudio para descartar otras posibles entidades,

algunas de ellas graves, ya indicadas en el diagnóstico diferencial.

Bibliografía

1. Heath CW Jr, Brodsky AL, Potolsky AI. Infectious mononucleosis in a general population. *Am J Epidemiol.* 1972;95:46.
2. Vetsika EK, Callan M. Infectious mononucleosis and Epstein-Barr virus. *Expert Rev Mol Med.* 2004;6:1.

Palabras clave: Mononucleosis infecciosa. Linfocitosis. Gammapatía policlonal.