Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):1590

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/297 - DOCTOR, ME ENCUENTRO FATAL

M. Aparicio Castaño[1] y E. Aparicio Castaño[2]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barreros. Murcia. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cuenca.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 40 años sin alergias medicamentosas, intervenido de rodilla. No tratamiento crónico. Consulta por fiebre de 39 ºC, sin distribución horaria, con malestar general, leve odinofagia, lesiones cutáneas en tronco y cara pruriginosas, y deposiciones blandas sin productos patológicos, de 5 días de evolución. No viajes recientes. Trabaja en un almacén. Se inicia tratamiento sintomático tras exploración y pruebas complementarias. A los 3 días consulta nuevamente por persistencia del cuadro. Nuevamente vuelve a consulta 8 días después; se repiten serologías y analítica donde persiste linfomonocitosis sin formas inmaduras, de aspecto reactivo.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración: Tª 36 ºC, TA 125/68 mmHg, FC 77 lpm, sO2 97%. Buen estado general, normocloreado, mucosas bien hidratadas. Otorrino: Amígdalas hipertróficas, sin exudados. Adenopatías laterocervicales móviles y pequeñas, no dolorosas a la palpación. Otoscopia normal. Tórax: auscultación cardiopulmonar: rítmico sin soplos, murmullo vesicular simétrico sin ruidos patológicos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda ni a la descompresión, peristaltismo presente. Miembros Inferiores: simétricas, pulsos pedios presentes, no edemas ni signos de trombosis venosa. Neurológico: Glasgow 15, sin focalidad, no signos meníngeos. PIEL: lesiones maculosas eritematosas no palpables de máximo 1 cm de diámetro, en cara, tronco y espalda, blanquean a la digitopresion, no afectación palmoplantar. No lesiones mucosas. Analítica (linfomonocitosis), Radiografía tórax, serologías VEB -, CMV-, VIH -, (Ig G VEB +), gripe (negativo), Frotis sangre: linfocitos y monocitos maduros de aspecto reactivo, sin formas inmaduras. Segunda tanda de pruebas (12 días después): AS, serologías VIH +, Mantoux. TAC toraco-abdominal.

Orientación diagnóstica: Primoinfección VIH.

Diagnóstico diferencial: Citomegalovirus, virus Epstein-Barr, gripe linfoma no Hodgkin, tuberculosis, sífilis.

Comentario final: El “síndrome de mononucleosis-like” asociado a primo-infección por VIH es el diagnóstico diferencial con mayor transcendencia en el síndrome mononucleósico. El posible contagio de la infección al no realizar o retrasar el diagnóstico es importante ya que tras la resolución los síntomas de infección la enfermedad permanece latente muchos meses o años. Es importante tener siempre una visión global del paciente, siendo fundamentales una adecuada anamnesis y exploración física. Y cuando algo no encaje, hay que seguir indagando.

Bibliografía

1. Documento de consenso de GESIDA sobre control y monitorización de la infección por el VIH (2018) Panel de expertos de GESIDA.
2. Fisterra. Guías clínicas. Síndromes mononucleósicos.

Palabras clave: Fiebre. Adenopatías.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.