Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):1694

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/2195 - ¿UNA SIMPLE AMIGDALITIS?

C. Trigoso Castro[1], M. Ruíz Calzada[2], A. Frontela Asensio[3] y C. Alonso Lamas[4]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela de Duero. Valladolid. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Circular. Valladolid. [3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Victoria. Valladolid. [4]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cigales. Valladolid.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 20 años que acude a consulta por cuadro clínico de malestar general y cefalea de 6 días de evolución, previamente en tratamiento de 5 días con amoxicilina por amigdalitis pultácea, asociado a fiebre vespertina termometrada de hasta 39 ºC en las últimas 24 horas, odinofagia intensa que dificulta deglución y molestias difusas abdominales.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 123/70 mmHg; PAM: 87 mmHg; FC: 118 lpm SatO2: 96%; Tª: 36,7 ºC. Estado general deteriorado con voz nasal. Adenopatías cervicales submandibulares dolorosas, palpables y llamativas. Hipertrofia amigdalina con exudado purulento bilateral blanquecino en sábana. Abdomen con hepatoesplenomegalia sin otros hallazgos. Leucocitos 10.001/mm^3 con 69% linfocitos, 55% activados, plaquetas 116.000/mm^3, AST 329 U/I, ALT: 553 U/I, PCR 20,3 mg/l, ferritina 365,3 ng/dl, PCR 19 mg/l, VSG 49 mg/l. Serología frente a toxoplasma, VIH y CMV negativa. Serología frente a VEB: Ac antiEBNA negativos, IgG -VCA VEB positivo, IgM -VCA VEB positivo. Cultivo frotis faríngeo: flora saprofita. Radiografía de tórax sin condensaciones ni signos de IC. Ecografía abdominal con hepatomegalia sin lesión ocupante de espacio. Esplenomegalia (eje longitudinal 15 cm). Bazo accesorio de 3 cm.

Orientación diagnóstica: Síndrome mononucleósido infeccioso con afectación hepatoesplénica.

Diagnóstico diferencial: Serología vírica vs bacteriana (CMV, VEB, VIH, VHS, VHB, VHC, EBNA, etc.).

Comentario final: La mononucleosis infecciosa está causada por el VEB en un gran porcentaje y debe sospecharse ante la tríada fiebre, adenopatías y faringoamigdalitis. En la mayoría de los casos el pronóstico es bueno ya que la enfermedad es autolimitada y remite espontáneamente, aunque algunos de sus síntomas como la fatiga pueden tardar varios meses en desaparecer. La presencia de complicaciones hematológicas supone un mal pronóstico. Su terapéutica se basa en reposo relativo, evitando el esfuerzo físico excesivo por riesgo de ruptura esplénica, asociado a antitérmicos y analgésicos junto con glucocorticoides y antibióticos.

Bibliografía

1. Ishii T, et al. Clinical differentiation of infectious mononucleosis that is caused by Epstein-Barr virus or cytomegalovirus: A single-center case-control study in Japan, J Infect Chemother. doi.org/10.1016/j.jiac.2019.01.012
2. McIsaac WJ, Kellner JD, Aufricht P, Vanjaka A, Low DE. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. JAMA. 2004;291:1587-95.

Palabras clave: Hepatoesplenomegalia. Mononucleosis.

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