



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/123 - MONONUCLEOSIS DOBLEMENTE POSITIVA

Á. Bonilla Álvarez^a, E. Serrano Cabrera^b, G. Navarro Lozano^c y M. Molina Gracia^d

^aMédico Residente 1^{er} 1er año. Centro de Salud Benahadux. UGC Bajo Andarax. Almería. ^bMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Almería Centro. ^cMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud Huércal de Almería. UGC Bajo Andarax. Almería. ^dMédico Residente de 1^{er} año. Centro de Salud La Cañada. Almería.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 47 años, exfumador desde hace 1 año, sin antecedentes de interés y sin tratamiento médico habitual. Acude a nuestra consulta el día 13/5/16 por un cuadro catarral, sin fiebre. Vuelve acudir una semana después, presentando cuadro de febrículas vespertinas, junto con sensación de disnea y palpitaciones.

Exploración y pruebas complementarias: El paciente se encuentra consciente y orientado. Bien hidratado y perfundido. Sensación de disnea, pero presenta una saturación de O₂ del 98%. Abdomen blando, depresible, esplenomegalia leve, dolor a la palpación en hipocondrio izquierdo y peristaltismo presente. Sin signos de irritación peritoneal. A la inspección de la orofaringe se aprecia hipertrofia amigdalар sin exudado. También se realiza un ECG, en el que presenta una frecuencia cardiaca a 120 lpm, arrítmico con eje normal. Se solicita bioquímica, hemograma y coagulación. Dadas las alteraciones analíticas siguientes: PCR 13,3, leucocitos 17.096, neutrófilos 12,80%, linfocitos 69,50%, células luc 2300, plaquetas 110.000, GGT 582, AST 122, ALT 220, FA 436, también se pide frotis sanguíneo, hemocultivos y distintas serologías. Como pruebas de imagen se emplea la ecografía y la radiografía.

Juicio clínico: FA paroxística, mononucleosis infecciosa (MI) (virus Epstein-Barr (EBV) y citomegalovirus (CMV) positivos.

Diagnóstico diferencial: Cualquier síndrome febril con más del 10% de linfocitos atípicos debe hacer sospechar el diagnóstico de mononucleosis. Aunque el EBV será el agente causal en la mayoría de los casos, el diagnóstico diferencial incluye CMV, VIH, hepatitis viral aguda, herpes virus humano 6, toxoplasmosis y adenovirus. Entre las causas no infecciones tenemos las reacciones toxoalérgicas medicamentosas.

Comentario final: Nuestro paciente presenta como peculiaridades, que la esplenomegalia ha persistido más tiempo del común establecido y el hallazgo casual de la FA paroxística, que no se ha visto relacionado con el síndrome mononucleósico. La MI es una enfermedad benigna y autoresolutiva (95%); las complicaciones graves, como la rotura esplénica suele ser rara; otras complicaciones a tener en cuenta son la trombocitopenia o la neumonía.

Bibliografía

1. Martín J, Lázaro J. Mononucleosis infecciosa en la infancia. *Pediatría integral* 2014;xviii(3):141-52.
2. Fica A. Síndrome de mononucleosis infecciosa en pacientes adolescentes y adultos. *Rev Chil Infect.* 2003;20(4):235-42.
3. Vera D, Chávez N, Lizardi J, Méndez N. Mononucleosis infecciosa. *Rev Médica Sur.* 2003;10(2).