Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2206

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/4071 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ADENOPATÍAS CERVICALES Y FIEBRE

N. Fernández Martínez[a], D. Saco Díaz[a], C. Martínez Canel[b], N. Crespo García[c], E. Gavela García[d] y R. Pardo Valcarce[d]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada III. León. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. [d]Médico de Familia. Centro de Salud Ponferrada III. León.

Resumen

Descripción del caso: AP: varón de 20 años sin AMC, sin hábitos tóxicos, ingresado en Pediatría en 2002 por síndrome mononucleósido y estudiado en Digestivo por ictericia en 2012 (diagnóstico: enfermedad de Gilbert). No tratamiento habitual. No contactos sexuales de riesgo. No exposición a animales. Acude al PAC por fiebre y bultoma en cara lateral izquierda del cuello. Se pauta antiinflamatorio y se solicitan hemograma, bioquímica y serología. Cuatro días después sigue con fiebre, odinofagia, adenopatías y mareo, por lo que acude a su MAP, como se le había recomendado ante empeoramiento clínico; se pauta antitérmico y acudir en unos días por el resultado de la serología. A los dos días, el paciente acude a Urgencias hospitalarias con vómitos alimenticios añadidos a su clínica previa y fiebre elevada, siendo ingresado en Medicina Interna.

Exploración y pruebas complementarias: En la primera exploración en PAC: bultoma cervical izquierdo de 3 cm, adenopatías submandibulares simétricas. No adenopatías a otro nivel. Faringe eritematosa, no placas ni exudados. Resto normal. Analítica: bilirrubina total 2,3; resto normal. Con seis días de evolución, en Urgencias hospitalarias: adenopatías bilaterales cervicales (mayores en lado izquierdo), rodaderas, blandas y dolorosas. Adenopatías inguinales bilaterales. Ictericia subconjuntival. Resto normal. Analítica: bilirrubina total 4,9; GOT 377; resto normal. Serología: CMV IgG e IgM +, VEB IgM +. Ecografía abdominal: engrosamiento 9 mm pared vesicular en posible relación con hepatitis aguda. Esplenomegalia (17,3 cm eje mayor) sin lesiones focales. Mínimo líquido en saco vésico rectal. Tratamiento sintomático con analgesia, añadiendo corticoides ante la no mejoría de analíticas seriadas. Evolución favorable clínica y analíticamente (bilirrubina total 2; GOT 229). Estable y asintomático al alta. Pendiente de control ecográfico en un mes y consultas de seguimiento en Atención Primaria y Medicina Interna.

Juicio clínico: Síndrome mononucleósico por VEB y CMV, con hepatitis secundaria.

Diagnóstico diferencial: Enfermedades causantes de adenopatías de origen infeccioso (vírico, bacteriano o parásitos), Inmunológico-inflamatorias, tumorales (linfomas, leucemias, tumores cabeza y cuello y otros tumores).

Comentario final: Con este caso se ejemplifica la importancia del seguimiento del cuadro clínico,

con los cambios y complicaciones implicados en su propia evolución.

Bibliografía

1. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital 12 de Octubre. Departamento de Medicina Interna. Madrid. 2012.

Palabras clave: Adenopatías. Síndrome mononucleósico.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.