



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

469/40 - MONONUCLEOSIS INFECCIOSA. MANEJO EN LA CONSULTA

A. Carbó Jordà¹, E. Robles Martín¹, N. Cubelos Fernández¹, E. Álvarez Baza², I. Calvo Aguiriano², L. Fernández de Dios³, Á. Molinero Machargo⁴, R. García González⁴

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado I. León. ²Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado I. León. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Palomera. León. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado II. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 16 años con antecedente de neuropatía del ciático poplíteo externo y sin tratamientos crónicos. Consultó por odinofagia, secreciones faringoamigdalares mucopurulentas y algo sanguinolentas y febrícula de 48 horas de evolución. Se pautó tratamiento sintomático con ibuprofeno. Volvió a acudir para resultados de pruebas diagnósticas y refería empeoramiento del estado general, dolor en hipocondrio izquierdo y otalgia. Se pautó metilprednisolona IM y se derivó al Servicio de Urgencias Hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura: 37,5 °C. Faringe hiperémica con membranas amigdalares grisáceas. Adenopatías laterocervicales de características inflamatorias. No se palpó esplenomegalia. Test rápido Ag estreptococo grupo A: negativo. Se solicitaron pruebas complementarias, que llegaron al día siguiente en el que tenía temperatura 38,2 °C. Se palpaba mínima esplenomegalia. Hemograma: 14.500 leucocitos/?L (5.680 linfocitos/?L con morfología atípica, 7.740 neutrófilos/?L), plaquetas en rango. Bioquímica: GPT 56 UI/L. Test Paul-Bunnell: positivo. En Urgencias se realizó ecografía: discreta esplenomegalia (13,5 cm). Días más tarde llegó serología positiva para IgM VEB.

Juicio clínico: Mononucleosis infecciosa (MI) con sobreinfección bacteriana. Se pautó clindamicina, con buena respuesta.

Diagnóstico diferencial: Faringoamigdalitis estreptocócica, otros síndromes mononucleósicos (CMV, VIH, HHV-6, toxoplasma), fármacos (fenitoína, carbamazepina, minociclina).

Comentario final: Ante un cuadro de fiebre, faringoamigdalitis y adenopatías debemos pensar en la posibilidad de una MI. Si tenemos dudas y disponemos del test rápido de estreptococo A en consulta, nos puede ayudar a orientar el cuadro clínico. Ante sospecha debemos solicitar un hemograma, bioquímica hepática y pruebas específicas como el test de Paul-Bunnell y serología de VEB. Valorar ecografía si sospechamos esplenomegalia. El tratamiento de la MI no complicada es sintomático con paracetamol, AINEs y reposo, evitando deportes de contacto, especialmente en las primeras 3 semanas para evitar rotura esplénica. Se pueden utilizar corticoides en caso de afectación importante del estado general. En caso de complicaciones como dificultad para la deglución, obstrucción de vía aérea, trombocitopenia o anemia hemolítica, debemos derivar a Urgencias Hospitalarias. En caso de sobreinfección bacteriana está indicado el tratamiento antibiótico, con la precaución de no utilizar betalactámicos por la posibilidad de rash maculopapular cutáneo.

Bibliografía

Aronson M. Auwaerter PG. Infectious mononucleosis. [Internet] Waltham (MA): UpToDate; 2019 [Consultado el 26 octubre de 2019]. Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/infectious-mononucleosis>