



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/3607 - Como Pasar de un Beso a un Dolor de Cabeza

M. Terán Díez<sup>a</sup>, M.V. Terán Diez<sup>b</sup> y C.M. Guerra García<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Atención Primaria Sant Josep de Sa Talaia. Ibiza. <sup>b</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias de Atención Primaria en Torrelavega. Torrelavega. <sup>c</sup>Médico de Urgencias. Servicio de Urgencias de Atención Primaria Polanco. Polanco.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 23 años que acude a su médico de Atención Primaria por fiebre de 40, intenso dolor de garganta, malestar, cansancio, postración y adenopatías. Es diagnosticado de amigdalitis estreptocócica y tratado con amoxicilina 1 g cada 8h. Tres días después sufre episodio sincopal con convulsiones tónico-clónicas y relajación de esfínteres de unos 3 minutos de duración. Es derivado al hospital donde ingresa.

**Exploración y pruebas complementarias:** FC 77 lpm, FR 22 rpm, TA: 130/85 mmHg Saturación 98% con ventimask 35%, agitado, desorientado, no obedece órdenes, pupilas isocóricas normoreactivas. ACP: normal. ABD: anodino sin hepatoesplenomegalia. GAB: pH 7,35, pCO<sub>2</sub> 43 mmHg, pO<sub>2</sub> 91 mmHg bicarbonato 23,7 mol/l. Hemograma; Hg 14,9 g/dl, hematocrito 46,80%, leucocitos 25,10 (granulocitos 30%, linfocitos 52%, monocitos 16% con numerosos linfocitos activados, síndrome mononucleósico), coagulación normal. Bioquímica; normal. PCR gripe A negativo, Paul Bunnell positivo, procalcitonina 0,07 LCR: linfocitos > 100/?l, glucosa 60 mg/dl, proteínas 0,65 g/l TAC craneal sin alteraciones.

**Juicio clínico:** Meningoencefalitis infecciosa secundaria a VEB (virus de Epstein-Barr).

**Diagnóstico diferencial:** Meningitis bacteriana, encefalitis víricas, sincope, intoxicaciones por tóxicos y drogas, tumores cerebrales, ACVA, HSA, abscesos cerebrales.

**Comentario final:** Las faringoamigdalitis son frecuentes en Atención Primaria. Su etiología es fundamentalmente bacteriana y vírica siendo esta algo más frecuente. Dentro de las víricas la mayoría son por adenovirus y herpesvirus, aunque también por VEB y citomegalovirus. La mononucleosis infecciosa muchas veces se confunde con una amigdalitis estreptocócica ocasionando errores diagnósticos y terapéuticos ya que en la infancia suele cursar con escasos síntomas, pero en adolescencia o adultos jóvenes su manifestación clínica es más marcada (triada clásica de fiebre, odinofagia y adenopatías). Realizar una buena anamnesis, un test rápido de estreptococo y ante pacientes jóvenes pensar en un cuadro de mononucleosis ya que en muchos casos requieren una observación estrecha e incluso ingreso hospitalario para evitar complicaciones, que pueden ser graves.

### Bibliografía

1. Hervas A, Forcen T. Mononucleosis infecciosas. Guías clínicas 2002.
2. Bonet R, Garrote A. Mononucleosis infecciosa (I). El Farmacéutico. 2006;362:66-71.

**Palabras clave:** Faringoamigdalitis. Mononucleosis infecciosa. Meningoencefalitis. Virus de Epstein-Barr. Convulsiones.