



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 212/1147 - Infección por citomegalovirus en paciente inmunocompetente

L.P. Ávila Bahamón<sup>a</sup>, G. Pardo Moreno<sup>b</sup>, S.S. Murga Alvarado<sup>a</sup>, M. Fernández Fernández<sup>c</sup>, S. Cantillo Torres<sup>d</sup>, E. Valverde Valverde<sup>e</sup>, C. Rojo Villaescusa<sup>f</sup>, L. Ibáñez Barbero<sup>g</sup>, C. Magaña Herrera<sup>h</sup> y M.Á. María Tablado<sup>i</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud José María Llanos. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rafael Alberti. Madrid. <sup>d</sup>Médico de Familia; <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ibiza. Madrid. <sup>f</sup>Médico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Artilleros. Madrid. <sup>g</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arroyo de la Media Legua. Madrid. <sup>h</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Buenos Aires. Madrid. <sup>i</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Perales de Tajuña. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 38 años, comerciante, acude a su médico de familia por fiebre de 5 días (máximo 39 °C), odinofagia, astenia, mialgias y disconfort abdominal inespecífico. Sin antecedentes médico-quirúrgicos relevantes, ni infectocontagiosos de riesgo. A la exploración física, afebril, sin ningún hallazgo relevante, indicándose manejo sintomático y vigilancia domiciliaria. Tras 10 días persiste la fiebre y decaimiento. En la exploración física se evidencia una adenopatía cervical derecha, sin otro hallazgo. Ante la persistencia de fiebre de origen desconocido se deriva a Urgencias Hospitalarias para estudio.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física anodina. Analítica: hemoglobina 12,5 g/dL, leucocitos 6.750/μL, Neu 55,8%, Lin 33,7%, plaquetas 136.000/μL, ALT 72 U/L, AST 41 U/L, GGT 21 U/L, PCR 1,5 mg/dL, resto normal. Radiografía de tórax sin alteraciones, ecografía abdominal dentro de la normalidad. Considerándose un síndrome mononucleósico, solicitando serologías: Citomegalovirus-IgM positivo.

**Juicio clínico:** Infección aguda por citomegalovirus.

**Diagnóstico diferencial:** El síndrome mononucleósico, es un conjunto de síntomas y signos que responde a variadas etiologías. Clínica: fiebre, faringitis, poliadenoesplenomegalia, exantema. Analítica: leucocitosis mononuclear con linfocitosis atípica. El VEB es la causa más común. El citomegalovirus es la causa más frecuente de anticuerpos heterófilos negativos y su diagnóstico se establece por seroconversión IgM o cuadruplicación del título IgG en presencia de IgM positiva. La infección suele contraerse por vía oral, contacto sexual o transfusión de hemoderivados. Las manifestaciones clínicas más graves son en inmunocomprometidos causando una substancial morbilidad y mortalidad. En el paciente inmunocompetente existe una prevalencia del 40-80%, generalmente asintomática, el 10% de los casos presenta manifestaciones clínicas. La evolución suele ser hacia la resolución espontánea, no requiriendo tratamiento, más que el sintomático, y seguimiento clínico.

**Comentario final:** La fiebre de origen desconocido es relativamente frecuente en Atención Primaria. Los síntomas de alarma y la no mejora pese al tratamiento sintomático pueden hacer necesarias las pruebas complementarias (Rx tórax, etc.) o analítica con serología.

### **Bibliografía**

1. Cohen JI, Corey GR. Cytomegalovirus infection in the normal host. *Medicine (Baltimore)*. 1985;64:100-14.
2. Rafailidis PI, Mourtzoukou EG. Severe cytomegalovirus infection in apparently immunocompetent patients: a systematic review. *Virology Journal*. 2008;5:47.

**Palabras clave:** *Cytomegalovirus. Inmunocompetente.*