



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3415 - SÍNDROME MONONUCLÉOSICO CON SEROLOGÍA POSITIVA A CITOMEGLOVIRUS Y A VIRUS EPSTEIN-BARR

F. Juárez Barillas^a, R. Carral Cancela^b, M. Ochoa Fernández^c, J. Ballesteros Pérez^a, J. Castiñeiras Moracho^d y O. Guta^e

^aMédico de Familia. Centro de Salud Valtierra. Tudela. Navarra. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Oeste. Navarra. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Este. Navarra. ^dMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascante. Tudela. Navarra. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Tudela Este. Navarra.

Resumen

Descripción del caso: Paciente, varón de 14 años, acude por fiebre y adenopatías de 4 días de evolución. Madre de paciente comenta que el cuadro inició con fiebre alta (39) y la apreciación de “bulbos” en el cuello, 24 horas después presentó erupciones “habonosas” que comenzaron por los pies y se han extendido por ambas piernas, le indicaron tratamiento con ibuprofeno y desloratadina con remisión de las lesiones en piel cedieron, pero persiste febril.

Exploración y pruebas complementarias: Conglomerado adenopático lateral izquierdo (al menos 5 adenopatías de 5-10 mm de diámetro), adenopatía cervical derecha de aproximadamente 1 cm de diámetro. Faringe hiperémica, amígdala izquierda hipertrófica con exudados purulentos. Se realiza test rápido de detección de antígeno estreptocócico: negativo. Paul Bunnell: negativo, se inicia tratamiento empírico con cefixima e ibuprofeno, al día siguiente se obtienen los siguientes datos de laboratorio. Hematología: leucocitos: $23,9 \times 10^9/L$ (5-15). Células sanguíneas: 4%. Linfocitos: $13,9 \times 10^9/L$ (2,25-9,75). Monocitos: $1,2 \times 10^9/L$ (0,2-1). Morfología sangre periférica: Se observan linfocitos de carácter reactivo y células sugerentes de cuadro mononuclear. Bioquímica: GOT/ASAT: 118 U/L (5-34). GPT/ALAT: 176 U/L (5-44). Fosfatasa alcalina: 402 U/L. Procalcitonina: 0,24 ng/mL (0-0,05). Proteína C reactiva: 17,1 mg/L (0-5). Microbiología: Epstein-Barr: Paul Bunnell: Negativo. Epstein Barr: VCA IgG: 31,4 UA/mL (positivo: > 20 UA/mL). Epstein Barr: VCA IgM: > 160 UA/mL (positivo: > 40 UA/mL). Ac anti citomegalovirus IgG: > 250,0 (positivo: > 6,0 AU/mL). Ac anti citomegalovirus IgM: 1,56 (positivo > 0).

Juicio clínico: Síndrome mononucleósico con serología positiva a citomegalovirus y a virus Epstein-Barr.

Diagnóstico diferencial: Síndrome mononucleósico por CMV. Síndrome mononucleósico por virus Epstein-Barr.

Comentario final: Aunque el virus Epstein-Bar es la causa más frecuente de síndrome mononucleósico, existen otros gérmenes que pueden presentar sintomatología similar. Serologías doblemente positivas al virus Epstein-Barr y al citomegalovirus son infrecuentes aunque se encuentran varias hipótesis en la literatura, entre ellas: una confección concurrente o una alteración del VEB en la respuesta humoral de las células B.

Bibliografía

1. Sánchez Echániz J, Mintegui Raso S, Benito Fernández J, Corral Carrancejo JM. Mononucleosis syndromes with serology doubly positive to Epstein- Barr virus and cytomegalovirus. An Esp Pediatr. 1996;45(3):242-4.

Palabras clave: Citomegalovirus. Virus Epstein-Barr. Síndrome mononucléosico.