



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3415 - SÍNDROME MONONUCLEÓOSICO CON SEROLOGÍA POSITIVA A CITOMEGALOVIRUS Y A VIRUS EPSTEIN-BARR

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

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Valtierra. Tudela. Navarra. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Oeste. Navarra. <sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Este. Navarra. <sup>d</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascante. Tudela. Navarra. <sup>e</sup>Médico 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 “bultos” 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 la 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). Cayados: 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 en 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.