

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

## 424/1712 - A PROPÓSITO DE UN CASO DE FIEBRE INTERMITENTE DE LARGA EVOLUCIÓN

R. Aguilera Muñoz<sup>1</sup>, F. Bravo Ábalos<sup>2</sup>, S. Chico Tierno<sup>3</sup> y M. Sánchez Aguilar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Rosa. Córdoba.<sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Occidente Azahara. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 38 años. Trabaja con ganado. Pérdida de peso, sudoración nocturna y febrícula intermitente de un año de evolución. Se solicita analítica con hemograma, bioquímica, serologías de virus infecciosos, perfil tiroideo y orina. Resultados positivos para citomegalovirus, se cataloga de síndrome mononucleósico. Consulta de urgencia por paresia facial bilateral de predominio dcho. Se ingresa y se diagnostica de síndrome retrovírico por VIH 1 y 2, tras conocerse resultados de serología solicitada a nivel ambulatorio. Evoluciona con mejoría parcial de paresia facial, siendo tratado con ganciclovir, que suspendieron tras negativizarse PCR en LCR, continuando con doxiciclina 14 días más. Valorado por Unidad de Enfermedades Infecciosas, se inicia tratamiento antirretroviral.

**Exploración y pruebas complementarias:** Hemograma y bioquímica normales. Serologías positivas Ig M e Ig G para VEB, CMV, Coxiella y VHS-1 (el VHS-2 es IG M +) y VIH positivo. Serologías de virus hepatotropos, lúes y toxoplasmosis negativas. Mantoux negativo. TC craneal normal. RMN craneal con contraste: No lesiones intracerebrales. Captación de ambos nervios faciales compatible con neuritis bilateral facial. PCR VIH +90.000 copias. CD4 431 células/mm<sup>3</sup>. LCR claro, PCR para herpes y antígeno crypto, HSV1, HSV2, VEB, CMV y micobacterias negativos. EMG normal.

**Orientación diagnóstica:** Parálisis facial bilateral. "Síndrome mononucleosis-like" asociado a primo-infección por VIH y Coxiella positivos.

**Diagnóstico diferencial:** Síndromes mononucleósicos infecciosos (VEB, CMV, toxoplasma, brucellosis, TBC, sífilis, VHA, VHS-1), autoinmunes (lupus, sarcoidosis, Kawasaki) y tumorales (tumores hematológicos).

**Comentario final:** El diagnóstico de los SM es básicamente clínico y serológico. Las mononeuropatías son una manifestación clínica poco frecuente de enfermedad neurológica en pacientes VIH positivo y pueden afectar a nervios craneales o periféricos. Se desconoce la etiología de la parálisis del nervio facial en estos casos, aunque la ocurrencia habitual de este hallazgo en el momento de la seroconversión sugiere una relación directa con el virus en sí. Otras causas de parálisis facial en estos pacientes incluyen herpes zoster, Treponema pallidum y meningitis linfomatosa.

### Bibliografía

- Alcaide ML, Bisno AL, Pharingitis and epiglottitis. Infect Dis Clin North Am. 2007;2:449-69.

- 
2. Cooper DA, Gold J, MacLean P, et al. Acute AIDS retrovirus infection. Definition of a clinical illness associated with seroconversion. Lancet. 1985;1:537.

**Palabras clave:** Fiebre de larga evolución. Mononucleosis. VIH.