



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

388/17 - SÍNDROME MONONUCLEÓSIDO EN ATENCIÓN PRIMARIA

R. Obregón Díaz, S. Velilla Zancada, A. Martínez Soba, A. Ibáñez Leza, J. Gómez Sáenz, J. González Aguilera.

Centro de Salud Nájera. La Rioja.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 16 años. Consulta por febrícula, adenopatías cervicales y dolor de garganta de 20 días de evolución., Anamnesis por aparatos negativa. Correctamente vacunada. Antecedentes personales y familiares sin interés.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes vitales normales. Buen estado general, faringe hiperémica sin placas. Dos adenopatías occipitales de características inflamatorias. Resto de exploración anodina. Hemograma, actividad de protrombina, función renal, hepática, perfil lipídico, iones, hormonas tiroideas y estudio de hierro: normal. VSG 7 mm/h. PCR1 mg/l. Coagulación normal. Proteinograma: normal. Sedimento urinario: normal. Radiografía de tórax: normal. ECG: ritmo sinusal a 70 lpm. Virus Epstein-Barr (VEB), rubeola, Citomegalovirus (CMV), Rickettsia coronii, enfermedad Lyme, Toxocariasis, Parotiditis VIH, Coxiella negativo. Toxoplasma Ig G e Ig M positivo.

Juicio clínico: Síndrome mononucleósido por toxoplasmosis

Comentario final: Diagnóstico diferencial: Ante un paciente con un síndrome mononucleósido hay que seguir un algoritmo diagnóstico (1), pero también hay que descartar enfermedades inmunológicas, neoplasias o enfermedades por depósito. La mononucleosis infecciosa es una enfermedad producida habitualmente por el virus de Epstein-Barr, aunque también puede ser originada por el citomegalovirus y, en el 1% de los casos, por Toxoplasma gondii. La toxoplasmosis es una enfermedad infecciosa causada por Toxoplasma gondii. La infección aguda en individuos inmunocompetentes es asintomática en el 80-90% de los casos (2). El reservorio principal de Toxoplasma gondii es el gato doméstico, que por medio de los ooquistes que elimina con las heces, disemina la infección en el medio ambiente pudiendo transmitirla a multitud de animales, al hombre o incluso a pájaros y peces (3,4). La forma sintomática de la enfermedad se manifiesta con fiebre, mialgias y artralgias, exantemas maculopapulosis, hepatomegalia y, muy característicamente linfadenitis (5). Ésta puede ser generalizada o localizada, siendo la presentación más frecuente un nódulo solitario en la región del cuello, preferentemente en los bordes del músculo esternocleidomastoideo (6). Las adenopatías por toxoplasma raramente supuran, nunca se ulceran y suelen persistir durante meses. El tratamiento en sujetos inmunocompetentes no es necesario salvo en los casos de clínica importante, persistente o coriorretinitis activa. Se utilizará cotrimoxazol 5 mg/kg/12 horas durante 2 a 4 semanas En pacientes inmunodeprimidos el tratamiento se prolongara de 6 a 8 semanas.

Bibliografía

1. Hervás A, Forcen T. Mononucleosis infecciosa. En: Casitérides ed. Guías para la consulta de atención primaria: gestión de la información y el conocimiento en el punto de atención. 3ª Ed. 2008; p340-3.
2. Remington JS, McLeos R, Desmonts G. Toxoplasmosis. En: Remington JS, Klein JO Eds. Infectious diseases of the fetus and newborn infant. 4ª Ed. Philadelphia: Saunders Co. 1995; p.140-267.
3. El-Massry A, Mahdy OA, El-Ghaysh, Dubey JP. Prevalence of *Toxoplasma gondii* antibodies in sera of turkeys, chickens and ducks from Egypt. J Parasitol 2000; 86(3):627-8.
4. Zarnke RL, Dubey JP, Kwok OC, Ver Hoef JM. Serologic survey for *Toxoplasma gondii* in selected wildlife species from Alaska. J Wildl Dis 2000; 36(2):219-24.
5. McLeod R, Wisner J, Boyer K. Toxoplasmosis. En: Krugman S, Katz SL, Gershon, Wilfert CM, Eds. Infectious disease of children. St. Louis: Mosby Year Book, 1992; p.518-50.
6. McCabe RE, Brooks RG, Dorfman RF, Remington JS. Clinical spectrum in 107 cases of toxoplasmic lymphadenopathy. Rev Infect Dis 1987; 9 (4):754-74.