



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

## 413/94 - UNA AMIGDALITIS DIFERENTE

C. García Iglesias<sup>1</sup>, M. Piro<sup>2</sup>, F. Balduvino Gallo<sup>3</sup>, M. Pérez Martín<sup>4</sup>, C. Montilla Castillo<sup>5</sup>, G. Zapico Aldea<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de 2º año. Centro de Salud Rondilla I. Valladolid. <sup>2</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado. León. <sup>3</sup>Médico Residente. Hospital de Laredo. Santander. <sup>4</sup>Médico Residente de 1ºr año. Centro de Salud La Alamedilla. Salamanca. <sup>5</sup>Médico Residente de 4º año. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid. <sup>6</sup>Médico Residente de 3ºr año. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 45 años, sin alergias conocidas. Antecedentes: trombosis de senos venosos cerebrales. Era agricultor. Negaba hábitos tóxicos. Consultó por odinofagia y fiebre (hasta 39 °C) de 6 días de evolución. A la exploración presentaba adenopatías laterocervicales, hipertrofia amigdalar con exudado normal. Ante los hallazgos, se diagnosticó de amigdalitis aguda y se pautó amoxicilina-clavulánico y paracetamol. Dos días después, volvió a consulta por empeoramiento del estado general, mialgias generalizadas, incremento de la odinofagia y persistencia de fiebre. Negaba otros síntomas acompañantes.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: hemodinámicamente estable, fiebre de 38,2 °C. Consciente, orientado, colaborador. Eupneico. Cabeza y cuello: amigdalitis eritematopultácea con adenopatías laterocervicales. Auscultación cardiopulmonar: normal. Abdomen: distendido, no masas, no doloroso a la palpación. Miembros inferiores: no edemas ni signos de TVP. Ante el empeoramiento significativo del paciente, se decidió derivar a urgencias para realización de pruebas complementarias. Analítica: leucocitos 16.460/mm<sup>3</sup> (linfocitos 10.890, neutrófilos 3.110), plaquetas normales. En frotis sanguíneo se observaron 15% de linfocitos estimulados. Bioquímica: GOT 164 u/l, GPT 235 u/l, GGT 766 u/l, PCR 25,5, resto de bioquímica y coagulación sin hallazgos patológicos. Ante estos resultados, se realizó ecografía abdominal donde se observaba hígado compatible con esteatosis, esplenomegalia homogénea de 14 cm. Resto sin alteraciones. Ante la sospecha de mononucleosis infecciosa se solicitaron serologías para completar el estudio y se hizo seguimiento analítico para evaluar hipertransaminasemia. Serologías: IgM e IgG de VEB positivos. Serologías VHC, VHA, VHB, toxoplasma, CMV y VIH negativos. Controles analíticos: PCR, leucocitos y transaminasas en descenso, sin afectación de coagulación. Se confirma el diagnóstico y se explica al paciente la necesidad de reposo relativo y paracetamol.

**Juicio clínico:** Mononucleosis infecciosa con afectación hepática.

**Diagnóstico diferencial:** Amigdalitis estreptocócica, faringitis asociada a CMV, linfoma.

**Comentario final:** En mayores de 40 años con mononucleosis infecciosa, es menos frecuente la aparición de adenopatías, faringitis y esplenomegalia. La hipertransaminasemia en un paciente con un proceso faringoamigdalar sugiere la posibilidad de mononucleosis infecciosa. La hipertransaminasemia en estos pacientes es frecuente pero es autolimitada. La marcada linfocitosis con más del 10% de linfocitos activados también apoya el diagnóstico. Es importante recordar que el cansancio que aparece en esta enfermedad puede durar varios meses.

## Bibliografía

Aronson, MD; Auwaerter PG. Infectious mononucleosis. UptoDate. 2018.

Sullivan, JL. Clinical manifestations and treatment of Epstein-Barr virus infection. UptoDate. 2018.

**Palabras clave:** Mononucleosis infecciosa. Hipertransaminasemia.