

Síndrome mononucleósico: importancia de un correcto diagnóstico diferencial

M.C. Martín Calle y N. Martínez Origüen

Centro de Salud "Los Ángeles". Área XI. Madrid.

INTRODUCCIÓN

El síndrome mononucleósico se caracteriza por la asociación de faringitis, fiebre alta, astenia y linfadenopatía, acompañándose de un número anormalmente grande de leucocitos mononucleares. Esta sintomatología, por otra parte frecuente en la consulta de atención primaria, puede plantearnos problemas a la hora de realizar el diagnóstico y tratamiento del proceso, si no se realiza un correcto diagnóstico diferencial.

Un ejemplo de ello es el caso de la paciente que a continuación presentamos.

EXPOSICIÓN DEL CASO

Motivo de la consulta

Fiebre alta, astenia, odinofagia.

Antecedentes personales

Mujer de 22 años, soltera. Fumadora de 10 cigarrillos/día desde los 16 años; alcohol: 3-4 cervezas los fines de semana. Hiperprolactinemia en tratamiento con bromocriptina desde hace 3 años. Profesión: trabaja como cuidadora en una residencia de ancianos. El resto sin interés.

Historia actual

Acude la paciente a un centro de urgencias extrahospitalario, por presentar astenia intensa y aumento de la temperatura de hasta 41 °C de 24 h de evolución. En la exploración destacaba una faringe hiperémica con placas de exudado blanquecino, erupción papulosa no pruriginosa en cuero cabelludo, espalda y abdomen y una adenopatía submandibular izquierda rodadera, no dolorosa. Se orientó el episodio como un síndrome febril a filiar y se comenzó tratamiento con paracetamol cada 6 h y azitromicina durante 3 días.

A los 2 días de comenzar dicho tratamiento, acude a consulta a su centro de salud por continuar con la misma sintomatología.

Exploración física

Se encuentra una afectación del estado general, placas blanquecinas en mucosa oral, faringe con placas blancas de exudado y varias adenopatías submandibulares y laterocervicales, rodaderas y no dolorosas. El resto de la exploración fue normal.

Pruebas diagnósticas complementarias

En el hemograma existía una pancitopenia (hematíes: 3.800.000/ μ l; hemoglobina: 11,6 g/dl; hematócrito: 35,4%; VCM: 91,1 fL; leucocitos: 4.100/ μ l [neutrófilos: 60,3%, linfocitos: 24,2% y resto de la fórmula normal]; plaquetas: 92.000). En la bioquímica básica destacaba un aumento de GOT de 66 U/l; el resto fue normal.

La serología para VHB y Paul-Bunnell fueron negativos. Serología para VEB: IgG positivo, IgM negativo y Antic EB-NA positivo.

Radiografía de tórax: estrictamente normal.

A la vista de dichos resultados, la paciente fue diagnosticada de mononucleosis infecciosa prescribiéndole tratamiento sintomático.

Evolución

La paciente permanecía sintomática, febril y con afectación del estado general, motivo por el que acudió al servicio de urgencias de su hospital de referencia, siendo de nuevo diagnosticada de mononucleosis infecciosa y continuando tratamiento sintomático. En la exploración destacaba: cabeza y cuello (varias adenopatías laterocervicales y una retroauricular izquierda rodaderas, blandas, no dolorosas). Abdomen (hepatomegalia de 2-3 traveses, blanda, no dolorosa y un polo de bazo). MMII (adenopatías inguinales pequeñas, blandas, no dolorosas). El resto de la exploración fue estrictamente normal.

En los controles analíticos sucesivos seguía mostrando una anemia normocítica hipocroma (hematíes: 3.880.000/ μ l; hemoglobina: 11,6 g/dl; hematócrito: 35,4%; VCM: 91,1 fL), presentando en este momento una leucocitosis (12.000/ μ l de predominio linfocitario: 46,8 l de ellos, un 30-40% de linfocitos activados). El análisis bioquímico mostraba, además, un patrón de citólisis hepática importante (GOT: 509 U/ml; GPT: 833 U/ml; GGT:

Correspondencia: Dra. M.C. Martín Calle.
C/ Cimarra, 4 (El Plantío). 28023 Madrid.

SEMERGEN: 2000; 26: 219-220.

235 U/ml; bilirrubina total: 1,3 mg/dl; bilirrubina directa: 0,4 mg/dl; bilirrubina indirecta: 0,9 mg/dl).

Las serologías para VHA, B, C, CMW y *Toxoplasma gondii* fueron negativas, y resultó ser positiva la realizada mediante el método ELISA para el VIH. Tras este resultado se solicitó la confirmación mediante el método *western blot*, que resultó ser de nuevo positivo.

Al mes de comenzar el cuadro, la paciente se encontraba afebril, con buen estado general, había desaparecido la fiebre y la exploración era completamente normal. El patrón de citólisis hepática se iba normalizando.

De nuevo se realizó anamnesis sobre posibles conductas de riesgo, siendo una relación heterosexual con un chico de raza negra, y en alguna ocasión sin preservativo, la probable fuente de contagio. La relación había tenido lugar 5 meses antes.

La paciente fue remitida a la unidad VIH del hospital de referencia donde, en la actualidad, se realiza su seguimiento y control.

DISCUSIÓN

El diagnóstico diferencial del síndrome mononucleósico se realizará principalmente entre mononucleosis infecciosa, infección por CMW, toxoplasma y VIH, apoyándose en cada caso en la epidemiología, las manifestaciones clínicas, las determinaciones de laboratorio y las pruebas complementarias, siendo de suma importancia su correcta realización, pues abarcará desde enfermedades agudas banales hasta importante enfermedad crónica.

Otras enfermedades similares a la mononucleosis infecciosa pueden ser causadas por las infecciones primarias debidas a adenovirus, virus de la hepatitis A, herpes virus 6 y, posiblemente, el virus de la rubéola.

La faringitis estreptocócica puede producir molestias en la garganta y adenopatías indistinguibles de las causadas

por la mononucleosis infecciosa, pero no se asocia a hepatomegalia. Alrededor del 5% de los casos de mononucleosis asociados al VEB tienen cultivos faríngeos positivos para estreptococos betahemolíticos del grupo A, lo que revela un estado de portador faríngeo de estreptococos. La ausencia de mejoría al cabo de 48-72 h de un paciente con sospecha de faringitis estreptocócica debe hacer pensar en la mononucleosis infecciosa.

El problema más grave es el diagnóstico de la enfermedad aguda de algunos pacientes con recuentos leucocitarios bajos, trombocitopenia moderada, e incluso anemia hemolítica. En estos enfermos está justificado el estudio de médula ósea y la consulta hematológica para excluir la posibilidad de una leucemia.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Albornoz V, Wainstein E, Andrade A, Reyes H. Hepatitis por mononucleosis infecciosa. *Revista Médica de Chile* 1991; 119 (10): 1109-1114.
- Delgado A, Aristegui J, Pérez-Legorburu A. Exantemas víricos en la infancia. Madrid: Gayoso-Welcome, 1994.
- Medearis DN Jr. Citomegalovirus. En: Behrman RE, editor. *Nelson. Tratado de Pediatría* (14ª ed.). McGraw-Hill Interamericana, 1992; 977-979.
- Medina L, Crespo JR, Costa A. Fuertes. Historia natural de la infección por el VIH: Clínica y diagnóstico, Criterios diagnósticos del SIDA. Plan Nacional sobre SIDA. Madrid 1992; 71-86.
- Schooley RT, Dolin R. Epstein-Barr Virus (Infection Mononucleosis). En: Mendel GL, Douglas RG Jr, Benet JE, editores. *Principles and Practice of Infectious Diseases* (3ª ed.). Nueva York: Churchill Livingstone, 1990; 1172-1185.
- Straus SE, Cohen JI, Tosato G, Meier J. Epstein-Barr virus infections: biology, pathogenesis and management. *Ann Intern Med* 1993; 118: 45-58.
- Sumaya CV. Epstein-Barr Virus. En: Feigin RD, Cherry JD, editores. *Textbook of Pediatric Infectious Disease* (3ª ed.). Filadelfia: WB Saunders, 1992; 1.547-1.557.