

Descripción del caso presentado en el número anterior: Mononucleosis infecciosa *Infectious mononucleosis*

Dra. María Cecilia Guglielmo^a, Dra. Sabrina Dangelo^a y Dra. María Paula Osorio^a

Paciente de 5 años de edad que consulta por odinofagia y edema bipalpebral de 72 h de evolución. El examen clínico evidenciaba edema bipalpebral moderado con ligero eritema conjuntival sin secreción y eritema de fauces con exudado blanquecino. Se palpaban adenopatías submaxilares bilaterales móviles y sin signos de flogosis, y bazo 3 cm por debajo del reborde costal. Se realizaron los siguientes estudios complementarios: orina completa y telerradiografía de tórax normales, ecografía abdominal con esplenomegalia moderada y hemograma con anemia y leucocitosis. Se solicitaron monotest, frotis de sangre periférica, cultivo de fauces y rutina de laboratorio. Se indicó tratamiento con penicilina.

A las 72 h se agregan registros térmicos intermitentes y exantema maculopapular eritematoso generalizado y pruriginoso con áreas purpúricas en zona cervical posterior y brazo derecho. Se reciben resultados de los laboratorios solicitados:

- Cultivo de fauces: flora habitual.
- Laboratorios: función renal, hepatograma y proteinograma dentro de límites normales.
- Hemograma y frotis: glóbulos blancos 11 700 (77% linfocitos), hemoglobina 10 mg/dl, hematócrito 29%, plaquetas 200 000. Linfocitos atípicos, sin formas inmaduras. No se visualizan blastos.
- Monotest: positivo.

Se interpreta el cuadro como mononucleosis infecciosa. Se indica suspender penicilina e iniciar medidas de tratamiento sintomático.

Mononucleosis infecciosa

Es un síndrome clínico causado por el virus *Epstein-Barr*. La transmisión del mismo se produce principalmente por contacto con secreciones

orales. En los menores de 4 años puede cursar en forma asintomática. El período de incubación en los adolescentes es de 30-50 días, pudiendo ser más corto en los niños. El síntoma más frecuente es el síndrome de impregnación que consiste en malestar general, cansancio, y apatía, pudiendo presentar además cefalea, mialgias y odinofagia.^{1,2}

El examen físico se caracteriza por presentar adenopatías generalizadas (90% de los casos), más frecuentemente en las cadenas cervicales (anteriores y posteriores) y submandibulares; esplenomegalia (50%), y hepatomegalia (10%) siendo frecuente el aumento de las transaminasas. A menudo se acompaña de faringitis, con marcado agrandamiento de las amígdalas y a veces exudados. También, puede presentar petequias en paladar.² Es menos frecuente la presencia de exantema maculopapular por el virus mismo (3 a 15%), aunque la administración de amoxicilina y derivados puede producirlo en hasta el 80% de los pacientes.³ El edema de párpados es poco habitual.⁴

El diagnóstico presuntivo se puede establecer por el cuadro clínico típico acompañado con linfocitosis atípica en sangre periférica. El de certeza se realiza a partir de pruebas serológicas, con anticuerpos heterófilos o específicos del VEB. Entre los anticuerpos específicos se pueden detectar IgM e IgG anti VCA, EBNA y anticuerpos contra antígeno temprano. La IgM anti VCA es un marcador de enfermedad aguda, suele ser detectable con la aparición de los síntomas y desaparece a las 4-8 semanas. Los anticuerpos anti EBNA no son detectables hasta varias semanas luego del comienzo de la enfermedad, su presencia al comienzo del cuadro clínico indica infección pasada.⁵

Se debe realizar diagnóstico diferencial con cuadros clínicos tipo mononucleosis producidos por la primoinfección por citomegalovirus, *Toxoplasma gondii*, hepatitis, VIH o rubéola. Otros cuadros de los que debe diferenciarse son la faringitis por estreptococo, de la que se distingue por la falta de mejoría luego de 72 h de tratamiento antibiótico y por el resultado del cultivo de fauces³ y la enfermedad oncohematológica, compartiendo en algunas oportunidades la anemia, plaquetopenia, alteraciones de los leucocitos y adenopatías.

a. Clínica pediátrica. Hospital Pedro Elizalde.

Correspondencia:

Dra. María Cecilia Guglielmo:
cecilia_guglielmo@yahoo.com.ar

Recibido: 14-4-2011

Aceptado: 27-4-2011

Con respecto al síndrome de Kawasaki tienen en común la fiebre, las adenopatías (aunque éste tiene una dominante) y la presencia de exantema, aunque en la evolución pueden ser fácilmente diferenciables.

No existe un tratamiento específico para esta enfermedad, el mismo se basa en el reposo y en las medidas sintomáticas. Se deben desaconsejar los deportes de contacto durante las tres primeras semanas o mientras persista la esplenomegalia. Las complicaciones son poco frecuentes, dentro de estas se mencionan la rotura esplénica, la cual es inferior al 0,5% de los casos y generalmente se relaciona con traumatismo. La hipertrofia amigdalina y del tejido linfoide orofaríngeo puede causar obstrucción de las vías respiratorias. Se describen trastornos neurológicos, más frecuentes en pacientes que presentan cefalea, y de los cuales el 1-5% muestra ataxia y convulsiones.³ En

el 3% de los casos se produce anemia hemolítica. Son comunes la trombocitopenia leve y la neutropenia. Mucho menos frecuentes son la miocarditis, neumonía intersticial, pancreatitis, parotiditis y orquitis.

El pronóstico es muy bueno, logrando la recuperación completa si no aparecen complicaciones durante la enfermedad aguda. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Kliegman R, Jenson H, Behrman R, Stanton B. Nelson Tratado de Pediatría. 18ª ed. Barcelona: Elsevier. 2009. Págs. 1372-6.
2. Paganini H. Infectología Pediátrica. 1ª ed. Buenos Aires: Editorial Científica Argentina; 2007. Págs. 1123-6.
3. Luzuriaga K, Sullivan JL. Infectious mononucleosis. *N Engl J Med* 2010;362:1993-2000.
4. Van Hasselt W, Schreuder RM, Houwerzijl EJ. Periorbital oedema. *Neth J Med* 2009;67(8):338-9.
5. Ebell M. Epstein-Barr virus infectious mononucleosis. *Am Fam Physician* 2004;70(7):1289-90.