

Caso clínico

Fiebre prolongada sin focalidad aparente en Atención Primaria.

Catalina Valcárcel Sierra, Esther Minguela Puras, Estefanía Ortigosa Rodríguez, Raquel García Hernández

Centro de salud Valle de la Oliva. Majadahonda- España.

Varón de 29 años, con antecedente de neumonía por coxiella (Fiebre Q) en el 2014. Tuvo contacto con un compañero de trabajo diagnosticado de meningitis hacía 10 días. Había realizado un viaje a Galicia los días previos. Tiene un perro de mascota. Niega hábitos tóxicos y prácticas de riesgo sexual. No otros antecedentes médico quirúrgicos de interés.

Acude a consulta por fiebre (39°C) vespertina de 10 días de evolución acompañada de cefalea pulsátil, sudoración profusa, tos seca, molestias abdominales con tenesmo, los cuatro días previos con heces más líquidas sin productos patológicos y astenia.

A la exploración física presenta buen estado general sin signos de gravedad. Faringe y auscultación cardio-respiratoria normal, ausencia de rash o picaduras, sin signos meníngeos, afectación articular ni genital. Destaca una única adenopatía inguinal derecha dolorosa móvil de 2 cm y hepatoesplenomegalia no dolorosa de dos traveses.

En el centro de salud de Atención primaria se realiza una ecografía abdominal evidenciándose hepatomegalia de 16,5 cm y la presencia de dos lesiones hiperecogénicas homogéneas bien delimitadas sugestivas de angiomas de 2 y 1 cm en lóbulo hepático derecho y lóbulo hepático izquierdo respectivamente además de esplenomegalia homogénea de 18,8 cm. (Figura 1,2 y 3).

En la ecografía de partes blandas (adenopatía inguinal) se observa una imagen ovoidea de 2,3 mm hipocogénica sin pérdida de diferenciación corticomedular y con presencia de hilio vascular (Figura 4). La radiografía de tórax era normal.

Al día siguiente se realiza analítica con linfocitosis 5,26 10E3/mic (52%), abundantes linfocitos activados, PCR 10, ALT 154, AST 129, LDH 1070 y ferritina 2284. Serología IgM CMV (+) con avidéz débil 6,84% (infección reciente), anti-VEB NA IgG e IgM (+). Las serologías: virus B y C, parvovirus, VIH, salmonella, Lues y toxoplasma negativas. Resto bioquímica, orina y coagulación normales.



Figura 1. Se observa hepatomegalia de 16.5 cm.

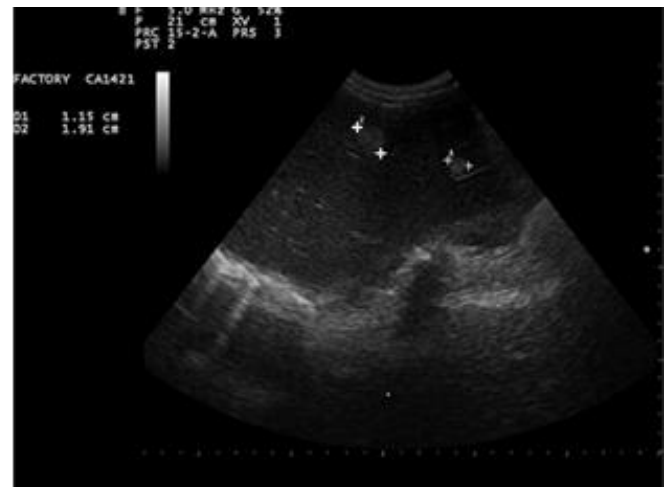


Figura 2. Dos lesiones hiperecogénicas homogéneas bien delimitadas sugestivas de angiomas de 2 y 1 cm en LHD y LHI respectivamente.

Con el cuadro clínico descrito, y las pruebas radiológicas y serología se realiza el diagnóstico de SINDROME MONONUCLEOSICO por citomegalovirus (CMV) con reacción cruzada (+) de virus de Epstein-Barr (VEB).

En la evolución el paciente cursó con fiebre durante 20 días, recibiendo tratamiento con paracetamol y reposo relativo. No presentó complicaciones, aunque por persistencia de tos se añadió azitromicina sospechando la posible sobreinfección en vías respiratorias altas. A las dos semanas el perfil hepático se había normalizado y al mes de control la esplenomegalia la hepatomegalia y la adenopatía inguinal habían remitido con negativización de la IgM para CMV.

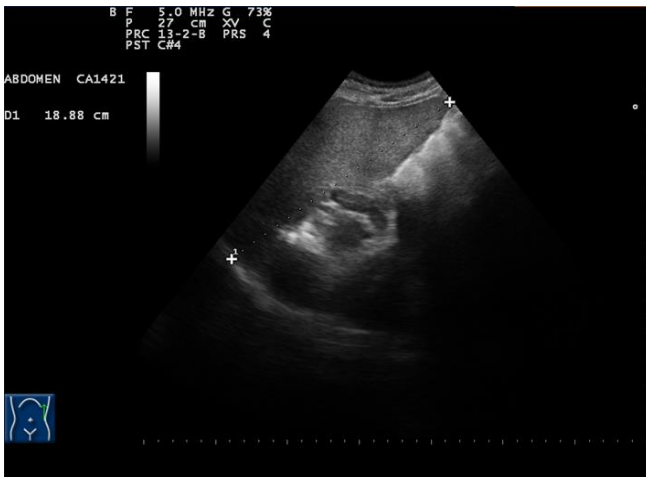


Figura 3. Esplenomegalia de 18.8 cm.

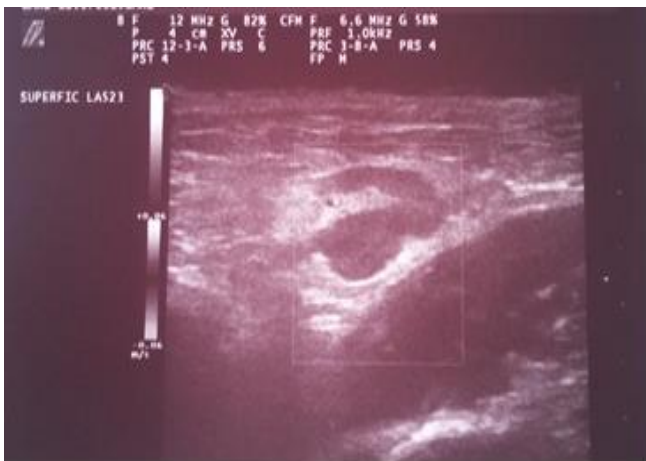


Figura 4. Imagen ovoidea de 2,3 mm hipocogénica sin pérdida de diferenciación corticomedular y con presencia de hilio vascular.

COMENTARIO:

La Mononucleosis infecciosa es una entidad clínica causada en su gran mayoría por el virus de Epstein-Barr (VEB), sin embargo existen otras causas como la infección por citomegalovirus (CMV), toxoplasmosis, herpes virus tipo 6, VIH entre otros. El CMV pertenece a la familia de los herpesviridae causando del 5 al 10% de los síndromes mononucleósicos (linfocitosis absoluta y al menos 10% de linfocitos atípicos en sangre periférica). Las manifestaciones clínicas más comunes son la fiebre prolongada, sudoración y la astenia y en menor proporción faringitis y linfadenopatía (típicas en la infección por VEB). Puede haber hepato-esplenomegalia, cefalea, y rash en tronco o extremidades.

La infección por CMV suele ser asintomática o leve en adultos jóvenes inmunocompetentes siendo el cuadro auto limitado y con resolución completa; sin embargo, pueden presentarse complicaciones como la neumonitis, pericarditis, alteraciones del SNC (encefalitis, mielitis, síndrome de Guillain Barré) y trombocitopenia entre otras. Cursa con elevación leve de las transaminasas, los anticuerpos heterófilos suelen ser negativos, y la detec-

ción de IgM específica, seroconversión o aumento cuádruple del título de IgG específica. El diagnóstico diferencial se debe hacer con el VHA, VHB, VHC, VEB, toxoplasma, rubeola, VIH y otras infecciones menos comunes (parotiditis, rubeola, brucelosis).

La disponibilidad inmediata de la ecografía en Atención Primaria para la exploración abdominal y ganglionar; fue una herramienta valiosa para confirmar el diagnóstico precoz evitando la derivación hospitalaria y pudiendo realizar el seguimiento ecográfico del paciente hasta su resolución.

BIBLIOGRAFÍA

- Batalla Martínez C. *El abordaje del paciente con adenopatías en Atención Primaria*. FMC. 2010;17:694-7.
- Arrieta Leyre A. *Paciente joven con fiebre y elevación de transaminasas*. FMC. 2013;20:524-9.
- Aronson MD, Auwaerter PG. *Infectious mononucleosis in adults and adolescents*. UpToDate. 2016 Aug 26.
- Roth AR, Basello GM. *Approach to the adult patient with fever of unknown origin*. Am Fam Physician. 2003;68:2223-8
- Gutiérrez Cuadra M, Fernández Sampedro M. *Actitud diagnóstica ante el paciente con fiebre recurrente sin focalidad aparente*. Medicine. 2010;10:3330-3.
- Wreghitt TG, Teare EL, Sule O, Revi R, Rice P. *Cytomegalovirus infection in immunocompetent patients*. Clin Infect Dis. 2003;37:1603-6.
- Lennon P, Crotty M, Fenton JE. *Infectious mononucleosis*. BMJ. 2015;350:h1825.
- Alonso Roca R, Sánchez Barrancos IM, Vegas Jiménez T, Tarrazo Suárez JA, Ruiz Serrano AL, Díaz Sánchez S. *Ecografía abdominal en Atención Primaria*. FMC. 2015;22 (supl 4):5-36.
- López Aguilera S, López Freire JA, Lorenzo Borda MS, Morales Cobos LE, Silva Monteiro C, Enríquez Sánchez N, et al. *Ecografía abdominal en la mononucleosis infecciosa*. EuroEco 2014;5:24-5.