

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 linfóide 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.

Presentación del nuevo caso clínico

En el próximo número se publicará el diagnóstico, manejo y tratamiento de este caso.

Paciente masculino de 6 años de edad, en seguimiento en diversas instituciones, que consulta por primera vez en la guardia externa por constipación. Al momento del examen físico, llama la atención el abdomen distendido, que desaparecía al observar al niño sentado.

En la anamnesis surgen los siguientes antecedentes: constipación de 3 años de evolución, en seguimiento por Gastroenterología. Desnutrición crónica, con anticuerpos para enfermedad celíaca, realizados en tres oportunidades, cuyos resultados fueron normales. Bronquitis obstructiva recidivante en tratamiento con fluticasona; 5 neumonías, tres de ellas con requerimiento de internación; 2 pruebas del sudor normales. Retraso madurativo (sostén cefálico 6-8 m; sedestación 1 año; deambulación 2 años; inicio del lenguaje 18 meses-2 años; actualmente incoordinación de la marcha, la madre refiere "se cae con frecuencia"); TAC de cerebro solicitada por Neurología normal. Trastorno deglutorio, evaluado por fonología en el marco de un niño asumido como "vago para comer".

Datos positivos al examen físico: postura con hiperlordosis lumbar; distensión abdominal que desaparece en la posición sentada. Escápulas aladas, codos en semiflexión, textura gomosa de los

gemelos a la palpación. Disminución de la fuerza muscular; marcha basculante, no corre, camina rápido y en puntas de pie, no logra saltar; sube escaleras con dificultad, sosteniéndose de la baranda o levantando los miembros inferiores con ayuda de sus manos, con fatiga muscular.

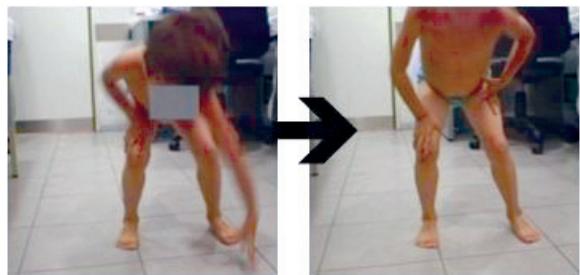
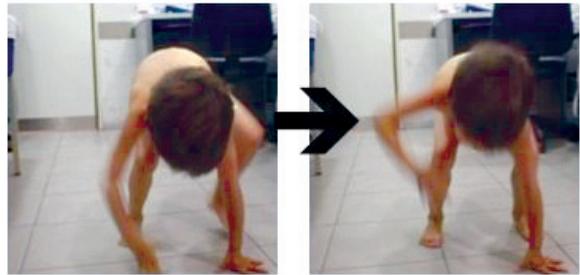
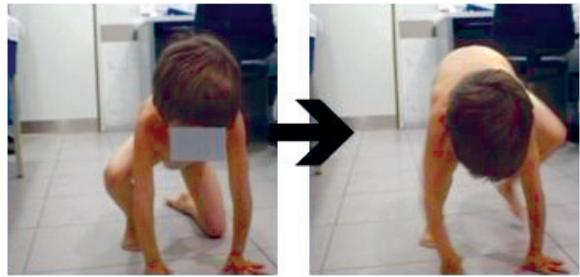
Observe el signo semiológico de las imágenes y diga cuál es su sospecha diagnóstica.

¿Cuál es su diagnóstico?

- Signo de Gowers y dermatomiositis juvenil.
- Signo de Gowers y enfermedad de Duchenne.
- Signo de Gowers y distrofia fascioescapulohumeral (Enf. de Landouzy-Dejerine).
- Signo de Gowers y distrofia muscular de Becker.
- Signo de Gowers y distrofia muscular miotónica.

Opción A: Video (si tiene acceso a este medio).

Opción B: Algunas imágenes (si no tiene acceso a video)



Para poder votar ingrese a:
<http://www.sap.org.ar/archivos>
