

Mononucleosis infecciosa



Irene Ruiz Miñano (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Germán Lloret Ferrándiz (UPED)

Servicio de Pediatría, HGUA

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: Niña de 8 años traída a Urgencias por **fiebre** de 12 días de evolución.

Anamnesis:

Padres comentan fiebre de hasta 39°C continua, que reasciendo cada 3h

Refiere **odinofagia**. No vómitos. No asocia tos o mucosidad

Exploración:

ORL: hiperemia faríngea con exudado en ambas amígdalas.

Cabeza y cuello: adenopatías múltiples cervicales

Abdomen: hepatoesplenomegalia de 3cm.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Parámetro	Valor	Interpretación
Leucocitos	13,31 x 10 ³ /L	Elevado
Linfocitos*	68,90%	Elevado
GOT	96U/L	Elevado
GPT	220 U/L	Elevado
PCR	4,10 mg/dL	Elevado
Test rápido Ag. estreptocócico	-	Negativo
Serología Epstein Barr IgM	+	Positivo

*Se observan linfocitos reactivos

MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

Es la enfermedad más frecuentemente causada por el VEB

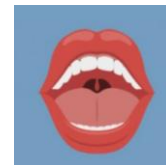
Fiebre
Faringoamigdalitis
Adenopatías

VEB: tipos A y B; infecta células epiteliales de la faringe y linfocitos B (*reservorio; latencia, receptor para el virus CD21, se multiplican indefinidamente*)

Incubación: 1-3 semanas

CUADRO CLÍNICO

- Niños: asintomáticos / faringoamigdalitis leves
- Mayores: FOD



Clínica:

- **Fiebre:** alta, 2 semanas. 
- **Faringoamigdalitis** (*edema, exudado, petequias*)
 - odinofagia (*puede ser grave*)

- **Adenopatías** (90%)
- **Hepatomegalia** (15%)
- **Esplenomegalia** (50%)



- **Rash** (5%; 100% si *ampi* o *amoxicilina*)
- **Infrecuentes:** neumonía, neutropenia o plaquetopenia y rotura del bazo

DIAGNÓSTICO

Historia clínica y examen físico

- Leucocitosis: linfocito-monocitosis (*30-90% de linfocitos atípicos*)
- Trombocitopenia leve
- Elevación de transaminasas (*2-3 semanas*)
- Elevación de triglicéridos, FA, LDH

Prueba de Paul-Bunnell +

- *Detecta de forma rápida y sencilla la presencia de Acs. heterófilos*
- **Acs. IgM** indican infección actual
- **Acs. IgG** persisten mucho tiempo-no indican infección activa

Si Paul-Bunnell es -

- Se debe estudiar la presencia de *Ac específicos frente a antígeno de la cápside o del núcleo viral*
- No útil cultivar virus en c. epiteliales o linfocitos B; ni PCR para detectar genoma vírico (*se detectan en sanos portadores*)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. La causa más común de síndrome mononucleósico con Paul-Bunnell - es la **infección por CMV**
(astenia y fiebre y menos faringitis y menos linfocitosis atípica)
2. **Amigdalitis estreptocócica** *(adenopatías submandibulares y no esplenomegalia)*
3. Infecciones por VIH, toxoplasma, virus hepatitis A, **herpesvirus 6** y rubeola
4. **Síndrome fatiga crónica**

COMPLICACIONES

No son frecuentes y el curso suele ser benigno:

Anemia hemolítica
autoinmune
(Acs. crioaglutinina clase IgM)

Plaquetopenia grave;
anemia aplásica

Infecciones oportunistas
por la neutropenia

Rotura esplénica (2ª-3ª
semana, tras ejercicio,
dolor abdominal intenso,
neutrofilia)

Meningoencefalitis;
síndrome Guillain-Barré,
síndrome Reye, parálisis
facial periférica, neuritis
óptica, mielitis transversa

Pericarditis, miocarditis,
hepatitis icterica

Enf. Duncan: s.
linfoproliferativo ligado
cromosoma X– h. recesiva;
curso fatal

TRATAMIENTO

SINTOMÁTICO

- AINES o paracetamol
- Antibiótico (no ampicilina-amoxicilina) si estreptococo asociado
- Corticoides: no pautar (efectos 2º) salvo si anemia o trombopenia grave, miocarditis o compromiso vías altas
- No útil aciclovir
- Prevenir contagio inmunodeprimidos- trasplantados



BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Ruano J, Lázaro Ramos J. Mononucleosis infecciosa en la infancia. *Pediatría Integral*. 2014; XVIII:141-152
2. Malmierca Sánchez F, Pellegrini Belinchón J. Mononucleosis infecciosa (síndrome mononucleósico). SEPEAP (Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria), eds. *Tratado de Pediatría Extrahospitalaria*. Madrid: Ergon; 2011. p. 1019-26.
3. Hervás A, Forcen T. Mononucleosis infecciosas. Guías clínicas 2002 (consultado el 05 de mayo de 2017). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Veb.pdf>

¡Gracias por vuestra atención!

