









■ REPORTE DE CASO


Mononucleosis infecciosa en paciente con fiebre prolongada

Infectious mononucleosis in a patient with prolonged fever

Eliana Belén Insaurralde Franco ¹ , Gloria Raquel Llanes de Luraschi ¹ ,
Cecilia Rosmary Méndez Fernández ¹ , Fanny Giselle Ramos Galeano ¹ ,
Verónica Clotilde Rodríguez Rodríguez ¹ , Viviana Raquel Ruíz Cano ¹ ,
Eduardo Enrique Vega Gill ¹ 

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas. San Lorenzo, Paraguay

Editor responsable: Raúl Real Delor. Universidad Nacional de Asunción. 

Revisor: Nicolás Emilio Real Aparicio. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona, España. 

RESUMEN

La mononucleosis infecciosa es una enfermedad infectocontagiosa causada por el virus de Epstein-Barr, que afecta principalmente a personas jóvenes, se caracteriza por presencia de fiebre, faringitis y linfadenopatía, generalmente autolimitada, de 1-2 semanas de evolución.

Se presenta el caso de un paciente masculino de 22 años con historia de 1 mes de evolución de fiebre y cefalea al que posteriormente se añade odinofagia, adenopatía cervical posterior y exantema generalizado. En analítica laboratorial se constata leucocitosis con neutrofilia. Entre sus estudios complementarios retorna IgM para virus de Epstein-Barr positivo.

Artículo recibido: 15 abril 2024 **Artículo aceptado:** 23 junio 2024

Autor correspondiente:

Dra. Fanny Giselle Ramos Galeano

Correo electrónico: giselleramos2907@gmail.com



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons CC-BY 4.0

Palabras claves: mononucleosis infecciosa, fiebre de origen desconocido, virus Epstein-Barr, adenopatías

ABSTRACT

Infectious mononucleosis is an infectious disease caused by the Epstein-Barr virus, which mainly affects young people. It is characterized by the presence of fever, pharyngitis and lymphadenopathy, generally self-limited, lasting 1-2 weeks.

The case of a 22-year-old male patient with a 1-month history of fever and headache is presented to which odynophagia, posterior cervical lymphadenopathy, and generalized rash are later added. Laboratory analysis revealed leukocytosis with neutrophilia. Among his complementary studies, IgM for Epstein-Barr virus was positive.

Keywords: infectious mononucleosis, fever of unknown origin, Epstein-Barr virus infections, lymphadenopathy.

INTRODUCCIÓN

La mononucleosis infecciosa es una infección viral causada por el virus de Epstein-Barr. Afecta principalmente a adolescentes y adultos jóvenes. Clínicamente se caracteriza por fiebre, faringitis, adenopatías sobre todo en región cervical, fatiga marcada, cefalea y erupción cutánea. Generalmente es autolimitada a 1 a 2 semanas de duración ⁽¹⁾. El diagnóstico se basa en la clínica y al examen físico destacan adenomegalias sobre todo en región cervical posterior, en algunos casos esplenomegalia. En pruebas de laboratorio se suele observar linfocitosis y ocasionalmente valores elevados de enzimas hepáticas. Entre las pruebas diagnósticas se encuentran la detección de anticuerpos específicos contra el virus de Epstein-Barr (Monotest) y las serologías para la detección de anticuerpos específicos IgG e IgM de dicho virus ^(2,3). El tratamiento suele ser de soporte, no existen datos suficientes que apoyen el uso de antivirales o corticoides sistémicos. La mononucleosis infecciosa generalmente se resuelve sin complicaciones. Sin embargo, en raras ocasiones pueden cursar con ruptura esplénica, hepatitis, meningitis, encefalitis, abscesos parafaríngeos, obstrucción de las vías respiratorias, además de asociarse a una serie de trastornos linfoproliferativos ^(3,4).

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente de 22 años, de sexo masculino, procedente de Eusebio Ayala (Cordillera, Paraguay), obeso, con diagnóstico de ansiedad generalizada hace 2 meses, en tratamiento regular con lamotrigina, escitalopram y fluoxetina, consumidor de marihuana.

Acude por cuadro de 1 mes de evolución que inicia con cefalea holocraneana tipo opresiva que cede con analgésicos comunes, al que 24 horas después se agregan picos febriles diarios de hasta 38,5 °C por lo que se automedica con dipirona. Acude a facultativo de su localidad donde es tratado de forma sintomática. Cinco días posteriores a la consulta presenta odinofagia intensa, con persistencia de picos febriles, por lo que acude nuevamente a centro asistencial y es tratado con analgésicos con escasa mejoría. Siete días después se agregan lesiones nodulares en región occipital, no dolorosas, sin signos inflamatorios que progresan hasta región retroauricular bilateral, tratado de manera sintomática; 48 horas antes del ingreso al servicio de urgencias presenta exantema en rostro, tronco y miembros superiores motivo por el cual acude a centro de salud donde se solicita analítica laboratorial y se constata leucocitosis con neutrofilia por lo que inicia tratamiento con ceftriaxona de forma ambulatoria. Tras empeoramiento de las lesiones y persistencia de picos febriles a pesar de tratamiento antibiótico acude al servicio de urgencias del Hospital de Clínicas. Al ingreso se encontraba febril, llamaba la atención micropústulas con base eritematosa y descamativas en rostro, ligeramente pruriginosas, edema bipalpebral derecho, exantema máculo purpúrico generalizado con afectación de palmas y plantas, adenopatías occipitales y auricular posterior induradas, no dolorosas y sin signos inflamatorios (figura 1).



Figura 1. Lesiones pustuloeritematosas en rostro.

Se solicita analítica que retorna con leucocitos 24.060/mm³, neutrófilos 70%, sin otros datos llamativos. Se inicia antibioticoterapia empírica con ceftriaxona + vancomicina previa toma de hemocultivos ante sospecha de estafilococcemia. Se realiza ecografía de región cervical que informa adenitis abscedada por lo cual se solicita tomografía computada con contraste de cuello y tórax donde se visualizan múltiples estructuras ganglionares latero cervicales, algunas en rango adenomegálica, con tendencia al conglomerado, la de mayor tamaño mide 1,5 cm, las mismas presentan realce homogéneo del medio de contraste, presencia de adenomegalia en región axilar bilateral de hasta 1,1 cm de diámetro, abdomen con esplenomegalia.

Durante su internación fue evaluado por servicio de dermatología ante presencia de lesiones exantemáticas y se sugiere probable farmacodermia por antiinflamatorios vs exantema infeccioso. La biopsia de piel informa compatible con reacción medicamentosa. Se solicitan serologías que retornan: VIH no reactivo, VDRL no reactivo, *Toxoplasma gondii* IgG e IgM no reactivos, citomegalovirus IgG e IgM no reactivos, Epstein-Barr IgG no reactivo, IgM 1.261 (reactivo: superior a 1,1), IgG e IgM para dengue negativos. Recibió corticoterapia sistémica con hidrocortisona con posterior mejoría de las lesiones. Ante recuperación clínica y laboratorial, hemocultivos negativos negativo, se decide alta médica y control de forma ambulatoria.

DISCUSIÓN

La mononucleosis infecciosa es una infección aguda causada por el virus de Epstein-Barr, aunque existen entidades bastante similares causadas por otros virus como el citomegalovirus y la infección aguda por el virus del VIH. En nuestro país no se disponen de estudios de epidemiología de dicho virus. Se estima que a nivel mundial más del 90% de los adultos son portadores del virus de Epstein-Barr ^(5,6).

La principal ruta de transmisión de este virus es la vía oral, a través de la saliva, y es la causa más frecuente de la mononucleosis infecciosa, enfermedad caracterizada clínicamente por faringitis, fiebre y linfadenopatías preferentemente en los ganglios cervicales. Es frecuente la presencia de hepatoesplenomegalia, malestar general y fatiga. La infección persiste latente durante toda la vida del hospedador pudiendo desencadenar nuevas infecciones por reactivación bajo determinadas circunstancias de inmunosupresión, conduciendo a la aparición de síntomas asociados con una recurrencia viral. El virus de Epstein-Barr está clasificado como carcinógeno de tipo I, asociado a los linfomas de Burkitt, Hodgkin, no Hodgkin, carcinomas nasofaríngeos y gástricos, entre otros.

Generalmente las infecciones son agudas y autolimitadas en 1-2 semanas. Este caso nos demuestra que en algunos pacientes la clínica puede variar ya que se presentó con un cuadro más arrastrado, con persistencia tanto de fiebre como las adenopatías por más de 1 mes, además del exantema marcado que bien podría atribuirse como parte del cuadro, o también una superposición con una farmacodermia ⁽⁷⁾.

La prevención juega un papel crucial en la gestión de la mononucleosis infecciosa. Esta incluye medidas simples como lavarse las manos regularmente, evitar compartir utensilios personales y practicar buena higiene bucal. La existencia de vacunas específicas para el virus de Epstein-Barr aún no es una realidad ^(8,9).

La mononucleosis infecciosa, aunque a menudo subestimada, es una enfermedad viral que puede tener un impacto significativo en la salud y el bienestar de los pacientes. Su correcto diagnóstico, tratamiento y prevención son fundamentales para evitar complicaciones graves y mejorar los resultados clínicos. Además, la comprensión de su asociación con otras patologías y la búsqueda de medidas preventivas, como la investigación de vacunas específicas, son aspectos cruciales para abordar eficazmente esta enfermedad. El virus de Epstein-Barr debe ser tenido en cuenta como agente causal ante una presentación clínica sugerente, sobre todo ante un individuo joven, tener presente que no siempre se presenta la triada de fiebre, faringitis y adenomegalias, y que existen infecciones virales con un curso similar.

Conflictos de interés

Los autores no declaran conflictos de interés

Contribución de autoría

Todos los autores han contribuido en la concepción, redacción de borrador y manuscrito final, revisión y aprobación del artículo

Financiamiento

Autofinanciado

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Leung AKC, Lam JM, Barankin B. Infectious Mononucleosis: An Updated Review. *Curr Pediatr Rev.* 2024; 20 (3): 305-322. doi: 10.2174/1573396320666230801091558. Disponible en: <https://www.eurekaselect.com/article/133293>

2. de Paor M, Boland F, Cai X, Smith S, Ebell MH, Mac Donncha E, Fahey T. Derivation and validation of clinical prediction rules for diagnosis of infectious mononucleosis: a prospective cohort study. *BMJ Open*. 2023 Feb 27;13(2):e068877. doi: 10.1136/bmjopen-2022-068877. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/13/2/e068877.long>
3. Naughton P, Enright F, Lucey B. Infectious mononucleosis: new concepts in clinical presentation, epidemiology, and host response. *Curr Opin Infect Dis*. 2024 Jun 1;37(3):157-163. doi: 10.1097/QCO.0000000000001012. Disponible en: https://journals.lww.com/co-infectiousdiseases/abstract/2024/06000/infectious_mononucleosis__new_concepts_in_clinical.3.aspx
4. Hernando C. M, López F. L, Pasamontes P. JA, Lowy B. A, Schilling B. A, Fernandez-Fernandez MM. Complicaciones ORL severas por mononucleosis infecciosa en adolescentes sanos: 2 casos clínicos y revisión de la literatura. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello* [Internet]. 2022 [citado 15 Abr 2024];82(3):360-5. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-48162022000300360&lng=es&nrm=iso&tlng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-48162022000300360>
5. Kuri A, Jacobs BM, Vickaryous N, Pakpoor J, Middeldorp J, Giovannoni G, Dobson R. Epidemiology of Epstein-Barr virus infection and infectious mononucleosis in the United Kingdom. *BMC Public Health*. 2020 Jun 12; 20 (1): 912. doi: 10.1186/s12889-020-09049-x. Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09049-x>
6. Vázquez R, Aguilera F, Centurión O, Roa R, Vargas Correa A. Seroepidemiología del virus de Epstein-Barr en estudiantes universitarios del Alto Paraná, Paraguay. *Rev cient cienc salud* [Internet]. 2023 [citado 15 Abr 2024];5:e5126 Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-28912023000100027&lng=en&nrm=iso&tlng=es. <https://doi.org/10.53732/rccsalud/2023.e5126>
7. Real Delor R, Fridman D'Alessandro V. Abordaje clínico de adultos con fiebre prolongada. *Rev Méd La Paz* [Internet]. 2016 [citado 5 May 2024];22(2):18-28. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-89582016000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Costales Elizalde D, Lima Dorta A, Morera Barrios LM, Marcell Rodríguez L, Chang Monteagudo A. Anticuerpos anticitomegalovirus y antiviral de Epstein Barr en pacientes cubanos. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* [Internet]. 2022 [citado May 2024]; 38 (3): e1538. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-02892022000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. García MC, Cavigliasso J, Gola C, Valentín R, Seguro ML, Romañuk CB. Administración de amoxicilina a un paciente con mononucleosis infecciosa. Reporte

de un caso de reacción adversa. Rev OFIL ·ILAPHAR [Internet]. 2021 [citado Abr 2024]; 31 (3): 321-3. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1699-714X2021000300321&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

<https://dx.doi.org/10.4321/s1699-714x20210003000012>