

Mononucleosis infecciosa

05/04/2002 **Guías Clínicas 2002; 2 (20)**

Elaborada con opinión de expertos sin revisión posterior

Conflicto de intereses: Ninguno declarado

Autores: **Hervás Angulo, Adolfo. Forcén Alonso, Tarsicio.** Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria- Centro de Salud Tafalla (Navarra).

Contenido:

- ¿De qué hablamos?
- ¿Cuál es la clínica?
- ¿Cómo se diagnostica?
 - Diagnostico diferencial y algoritmo de manejo
 - ¿Cómo se trata?

¿De qué hablamos?

La Mononucleosis Infecciosa (MI) es un síndrome causado en el 90% de los casos por el Virus de Epstein – Barr (VEB), que se caracteriza por la presencia de fiebre, faringitis (odinofagia), adenopatías linfáticas -tríada clásica- y linfocitosis atípica¹⁻³.

El contagio por el Virus de Epstein-Barr (VEB) se produce por vía salivar. (Contacto íntimo entre una persona susceptible y portadores asintomáticos).

El virus de Epstein-Barr coloniza primero las células de la orofaringe y posteriormente provoca un síndrome general al diseminarse por todo el organismo. El virus puede permanecer latente en la orofaringe durante 18 meses, por lo que es difícil determinar en la persona infectada un contacto con personas portadores.

La infección por el Virus de Epstein-Barr es muy prevalente, hasta el 95% de los adultos presentan anticuerpos. El síndrome mononucleósico, aparece con más frecuencia en adultos jóvenes, de clase media alta y en países desarrollados.

Esto es debido a que el síndrome mononucleósico producido por el VEB es más frecuente en poblaciones en las que la primera exposición se produce en la segunda década de la vida. Esta situación es más frecuente en grupos de población con más desarrollo económico, ya que las personas más desfavorecidas se infectan en etapas tempranas de la vida.

¿Cuál es la clínica?^{1,3-5}

La sintomatología más frecuente es la tríada clásica:

- Fiebre, que puede ser persistente: 10-14 días.
- Faringitis, faringe eritematosa con exudado puntáceo, gris. Muy dolorosa, es el síntoma más frecuente de consulta.
- Adenopatías cervicales posteriores, occipitales (más frecuentes), retroauriculares... De características inflamatorias (dolorosas a la presión y no adheridas).

Puede presentar además diversos síntomas y signos¹:

Síntomas y signos	Porcentaje medio de pacientes (rango)
Dolor faríngeo	75 (50-87)
Malestar general	47 (42-76)
Cefalea	38 (22-67)
Dolor abdominal, náuseas, vómitos	17 (5-25)
Escalofríos	10 (9-11)
Linfadenopatía	95 (83-100)
Fiebre	93 (60-100)
Faringitis	82 (68-90)
Esplenomegalia	51 (43-64)
Hepatomegalia	11 (6-15)
Exantema	10 (0-25)
Edema periorbitario	13 (2-34)
Enantema palatino	7 (3-13)
Ictericia	5 (2-10)

La mononucleosis infecciosa en la edad adulta presenta características propias⁶. La manifestación más frecuente es la fiebre, y la linfadenopatía y la faringitis se presenta tan solo en el 50% de los casos. La hepatomegalia y la ictericia se presentan con más frecuencia que en edades jóvenes.

Manifestación	Porcentaje de pacientes	
	≤35 años	≥40 años
Linfadenopatía	94	47
Faringitis	84	43
Fiebre	76	95
Esplenomegalia	52	33
Hepatomegalia	12	42
Exantema	10	12
Ictericia	9	27

Aunque es una enfermedad banal en la mayoría de los casos, puede presentar complicaciones en algunas ocasiones². La rotura esplénica es una alteración potencialmente grave que ocurre en un 1-2% de los casos.

Complicaciones de la mononucleosis infecciosa ³	
Hematológicas	Anemia hemolítica Trombopenia Granulocitopenia
Esplénicas	Rotura esplénica
Hepáticas	Hepatitis Aguda
Biliares	Colostasis
Neurológicas	Encefalitis. Meningitis Parálisis pares craneales Neuritis Mielitis Psicosis
Cardíacas	Pericarditis Miocarditis
ORL	Obstrucción vías altas
Pulmonares	Neumonitis intersticial Neumonía Derrame pleural
Otras	Rash inducido por amino-penicilinas Eritema nodoso Eritema multiforme Vasculitis Nefritis intersticial Síndrome de astenia crónico

La mayoría de los síntomas se resuelven en unos 15 días, aunque la fatiga puede persistir durante meses, incluso dar lugar a un Síndrome de Astenia Crónica. En algunos casos, algunos pacientes pueden desarrollar enfermedades linfoproliferativas (síndrome hemofagocítico, granulomatosis linfomatoidea...)

¿Cómo se diagnostica?^{4,7}

La sospecha de Mononucleosis Infecciosa debe de ser clínica. Ante la presencia de Faringitis, con hipertrofia amigdalar y secreción puntácea, Adenopatías craneocervicales o generalizadas y Fiebre persistente, hay que sospecharla.

Diversas pruebas de laboratorio nos pueden ayudar a confirmar el diagnóstico de sospecha.

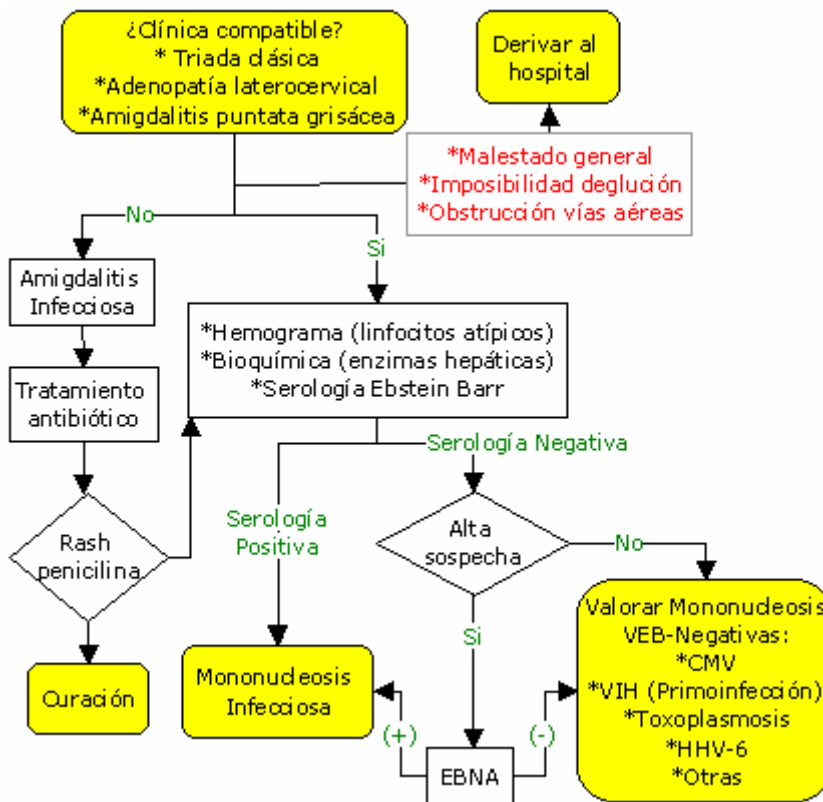
1. Detección de Anticuerpos Heterófilos. (Prueba de Paul-Bunnell). Es la prueba serológica más específica y sensible para el diagnóstico de la Infección por el Virus de Epstein-Barr. Estos anticuerpos aparecen a las dos semanas de la infección y persisten hasta 8-12 semanas, o incluso un año. En la primera semana son positivos el 40% de los pacientes; el 80-90% a las tres semanas.
2. Presencia de Linfocitos Atípicos. En la mononucleosis infecciosa suele haber una leucocitosis importante (12.000-18.000 leucocitos por mm³). Del 30 al 90% de los linfocitos son "atípicos". Estos linfocitos son mayores de lo normal, con características propias. No son específicos de la mononucleosis infecciosa (pueden aparecer en hepatitis, primoinfección VIH, toxoplasmosis...).
3. Otros estudios serológicos. Presencia de diferentes Anticuerpos y Antígenos del Virus de Epstein-Barr. Se pueden utilizar en las primeras semanas, en aquellos pacientes con alta sospecha de mononucleosis infecciosa y prueba de Paul-Bunnell negativa. Hay varios Antígenos del VEB que se pueden detectar:

- Anticuerpos frente antígenos de la cápside viral (VCA). Sugestivos de infección aguda.
- Early antigens (EA): Anticuerpos frente a Antígenos precoces. Aparecen sólo durante el periodo de enfermedad.
- EBNA (Epstein-Barr nuclear antigens). Son anticuerpos que persistirán de por vida.

Diagnóstico Diferencial^{1,3,4}

Existe aproximadamente un 10% de causas de Mononucleosis VEB-negativas. Esta es su etiología:

- Citomegalovirus. Se caracteriza por fiebre prolongada; las adenopatías son menos marcadas, así como la faringitis. Sin embargo, la hepatitis es universal.
- Toxoplasmosis. Síndrome caracterizado por fiebre y linfadenopatía. No afecta a la faringe ni a las pruebas hepáticas.
- Herpesvirus humanos. También pueden producir un síndrome “mononucleosis-like”. El más relacionado es el HHV-6.
- Primoinfección VIH. Puede asemejar un síndrome mononucleósico, con fiebre linfadenopatías, odinofagia, lesiones mucocutáneas, artralgias, mialgias, cefalea, nauseas y vómitos.
- Otros: adenovirus, rubéola, virus de la hepatitis, brucelosis, virus de la parotiditis, fármacos (fenitoína, carbamacepina).



¿Cómo se trata?

En la Mononucleosis infecciosa el tratamiento en la mayoría de las ocasiones es simplemente sintomático.

1.- Medidas sintomáticas¹⁻⁴

- Tratamiento de la fiebre: paracetamol o AINES (antiinflamatorios no esteroideos).
- Ingesta abundante de líquidos.

- Reposo Relativo. Reducir el riesgo de rotura esplénica.

2.- Otros tratamientos.

- Corticoesteroides⁸. Están indicados en caso de complicaciones: obstrucción de vías aéreas, anemia hemolítica, trombocitopenia severa o afectación miocárdica o neurológica.
- Tratamiento antiviral: en los últimos años se han estudiado diferentes antivirales en el tratamiento de la mononucleosis infecciosa. El más estudiado es el Aciclovir⁹, pero parece que los datos recogidos, no apoyan el uso del mismo en el tratamiento de la mononucleosis infecciosa, a pesar de que tiene un buen efecto frente al mismo, disminuyendo la presencia del virus en la orofaringe.
- Tratamiento con antihistamínicos: en la literatura también aparecen diversos estudios controlados aleatorizados comparando antihistamínicos versus placebo¹⁰, con escasos resultados.

3.- **Rash por aminopenicilinas.** Si tratamos una mononucleosis con penicilinas, sospechando que pueda ser una amigdalitis aguda de etiología estreptocócica, el paciente puede sufrir un exantema.

Bibliografía

1. Cohen JI. Infecciones por virus de Epstein -Barr. En: Harrison Principios de Medicina Interna. 14ª ed. Madrid: Mc Graw Hill -Interamericana; 1998: p.1247-1250.
2. Aguado García JM, Rodríguez Otero JJ. Infecciones por el virus de Epstein-Barr: mononucleosis infecciosa, infecciones por virus herpes 6. En: Medicina Interna. FarrerasP, Rozman C eds. Barcelona: Mosby-Doyma; 1995.
3. Losa JE, Miró JM, García Alcaide F, Gatell JM. Síndrome Mononucleósido. Medicine 1998; 7(82): 3813-3817
4. Aronson MD. Infectious mononucleosis. UpToDate (version 9.3). [En línea]. [Fecha de consulta: enero 2002]. URL disponible en: <http://www.uptodate.com>
5. Pizarro S. Adenopatías localizadas y generalizadas. En: Guía de actuación en atención primaria. Barcelona: Semfyc; 1998.
6. Auwaerter PG. Infection mononucleosis in middle age. JAMA 1999; 281:454 - 459.
7. Oña de M, Gimeno C, Mendoza J. Diagnóstico de laboratorio de las infecciones por Herpesvirus. En: Procedimientos en Microbiología clínica. Recomendaciones de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. J. Picazo, 1995. [En línea]. [Fecha de consulta 2 de Abril de 2002]. URL disponible en: <http://www.seimc.es/protocolos/>
8. Michael Omori, MD. Mononucleosis. Emedicine. [En línea]. [Fecha de consulta: marzo 2002]. URL disponible en: <http://www.emedicine.com/emerg/topic319.htm>
9. Torre D, Tambini R. Acyclovir for treatment of infectious mononucleosis: a meta-analysis. Scand J Infect Dis 1999;31(6):543-547.
10. Vendelbo Johansen L, Lildholdt T, Bende M, Toft A, Brahe Pedersen C, Danielsson GP. Infectious mononucleosis treated by an antihistamine: a comparison of the efficacy of ranitidine (Zantac) vs placebo in the treatment of infectious mononucleosis. Clin Otolaryngol 1997 Apr;22(2): 123-5.