

MÓDULOS DE EDUCACIÓN CONTINUA

MODULO 3

Hematurias

Mononucleosis Infecciosa

Síndrome de Down

Mononucleosis infecciosa

Dr. Aldo Cancellara

*Jefe División Infectología
Hospital Pedro de Elizalde
(Ex casa Cuna).CABA.*

La mononucleosis infecciosa (MI) es un síndrome clínico caracterizado por **fiebre, adenopatías y faringoamigdalitis**, generalmente acompañado de otros signos y síntomas sistémicos; cuya causa es la infección primaria del **virus Epstein-Barr**.

Se trata de una infección frecuente en pediatría, que causa gran preocupación tanto a los padres de los pacientes como a los profesionales que los asisten.

La infección se adquiere por contacto con secreciones nasofaríngeas y saliva., razón por la que se la conoce como “Enfermedad del beso”.

En países industrializados la primoinfección por virus Epstein-Barr suele ocurrir en la adolescencia en un 30 a 50 % de los casos, edad en donde la infección se manifiesta un cuadro clínico característico de mononucleosis infecciosa.

Cuadro clínico: SÍNDROME MONONULEÓSSICO

Pródromo inespecífico de 2-5 días.

La forma clínica clásica presenta: **fiebre, faringoamigdalitis aguda y adenopatías generalizadas**; con compromiso del estado general. Otros signos y síntomas (exantema, mialgias, artralgias, dolor abdominal, cefalea) se presentan en forma variable.

La fiebre suele ser alta de 39° C y puede durar 1-2 semanas. La faringitis se presenta con exudado similar a la angina estreptocócica, sospechar mononucleosis infecciosa ante la falta de respuesta al tratamiento ATB adecuado de una faringitis eritemato-pultácea.

Las adenopatías son muy características, grandes, inicialmente en la región cervical anterior y posterior, y luego las adenomegalias son generalizadas; son indoloras no adheridas, retrogradan al tamaño normal luego de varias semanas. Hay esplenomegalia en el 50-60%, y la hepatomegalia en el 10-15 % de los casos.

Con respecto a las manifestaciones de piel, lo más frecuente es un eritema maculo-papuloso generalizado, de distribución morbiliforme, aparece en forma espontánea entre 3- 20 % de los casos.

Es muy característico la exacerbación o aparición del exantema luego de la exposición a amoxicilina. Este rash no representa una reacción de hipersensibilidad a la droga. Puede haber también edema periorbital en un tercio de los casos.

El cuadro agudo se autolimita y retrograda espontáneamente en forma gradual de 1 a 3 semanas; la astenia suele durar 5-15 días, raramente se extiende hasta 3 meses.

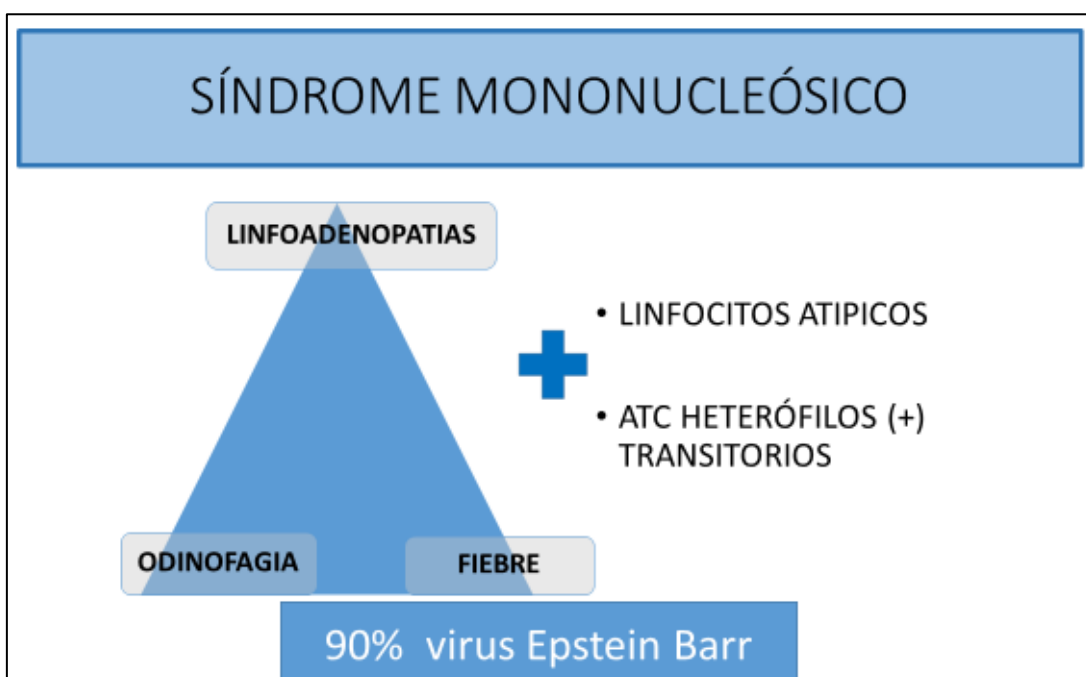
En los niños menores de 10 años el cuadro es proteiforme y menos característico, cursando como un cuadro gripal, o viral inespecífico.

Las complicaciones pueden darse hasta en el 20%. Pueden ser: anemia hemolítica (0.5-3%), plaquetopenia con recuento <140.000/mm³ en el 50%.

Menos frecuentemente: hepatitis de moderada a grave con ictericia, obstrucción grave de la vía aérea por gran hiperplasia linfoidea, ruptura esplénica por fragilidad excesiva.

Metodología Diagnóstica

El síndrome mononucleósico se debe a diferentes etiologías. El virus Epstein-Barr es la causa en el 90% de los casos; otras causas del síndrome mononucleósico en menor proporción son: CMV (5%) y toxoplasmosis (3%); VIH, rubéola, adenovirus, hepatitis, parotiditis y la acción de drogas se observan en menor porcentaje (2%).



En el hemograma se observa en el 70% de los casos una linfocitosis absoluta y relativa; hay presencia de linfocitos atípicos o células de Downey mayor del 10%.

Los **anticuerpos heterófilos** se identifican a través de la reacción de aglutinación de glóbulos rojos de carnero conocida como **Paul-Bunnell-Davidsohn**, se considera positivo títulos $>1/40$; son característicos de infección virus Epstein-Barr.

Estos anticuerpos permanecen positivos por períodos variables. Los anticuerpos heterófilos también pueden ser detectados por pruebas cualitativas rápidas (**monotest**), y tienen una alta correlación con la prueba estándar Paul-Bunnell-Davidsohn.

Las pruebas que detectan Ac heterófilos presentan menor sensibilidad en niños < 4 años, en los que pueden ser negativas.

En la práctica diaria en un paciente con clínica compatible la positividad de anticuerpos heterófilos (monotest) confirma el que el cuadro se debe al virus Epstein-Barr, y no se requiere de más estudios confirmatorios.

Las pruebas que detectan Ac heterófilos presentan menor sensibilidad en niños < 4 años, en los que pueden ser negativas. En ciertas ocasiones es necesario confirmar la infección por EBV por medio de serología específica, de más difícil interpretación.

INTERPRETACIÓN DE INFECCIÓN	SEROLOGIA			
	VCA IgG	VCA IgM	EA (D)	EBNA
Ausencia	-	-	-	-
Infección aguda	+	+	+/-	-
Infección reciente	+	+/-	+/-	+/-
Infección previa	+	-	+/-	+
Reactivación	+	+/-	+	+

Tratamientos recomendados

Se indica antipiréticos especialmente paracetamol, reposo según estado clínico y recomendaciones para evitar el traumatismo abdominal hasta la desaparición de la esplenomegalia. La duración del reposo debe ser individualizado en cada paciente ya que no existe una recomendación fija.

Se ha propuesto el uso de corticoides, sólo en situaciones particulares, dado el riesgo potencial de aumentar el riesgo oncogénico del virus Epstein-Barr.

BIBLIOGRAFIA (lecturas recomendadas)

- Epstein-Barr Virus (Infectious Mononucleosis) Eric C. Johannsen and Kenneth M. Kaye, cap 141, pag 1754-1771 in Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. Eighth Edition 2014
- Report of the Committee on Infectious Diseases. American Academy of Pediatrics. Epstein-Barr virus infections. In Red Book 2015; 30th ed. Elk Grove Village.336-340
- Jenson HB. Virus Epstein Barr. En Nelson Tratado de Pediatría, 19 ed. Elsevier Saunders. 2011; cap 246: pag1110-1114
- Luzuriaga K, Sullivan JL. Infectious Mononucleosis. N. Engl. J. Med. May 27,2010, 362;21: 1993-2000
- Ebell M. Epstein-Barr Virus Infectious Mononucleosis. American Family Physician. October 1, 2004 ; Volume 70, Number 7: 1279-87

Dr. Aldo Cancellara

T.E.: 4228-9589

Celular (15) 5596-1407

Mail: adcancel@intramed.net

Pediatra –Infectólogo Infantil

Jefe División Infectología Hospital Pedro de Elizalde Ex Casa cuna

Consultorio:

Dirección: México 350

Avellaneda (Piñeyro)

T.E.: 4228-9589