



■ Ictericia generalizada en el curso de mononucleosis infecciosa

Sr. Director:

La infección por virus de Epstein-Barr normalmente ocurre en la infancia y suele ser asintomática. Si la infección se da en la adolescencia o en la edad adulta, desarrollan síntomas aproximadamente el 50% de los casos.

La mononucleosis se caracteriza clínicamente por fiebre, faringitis, adenopatías, linfocitosis atípicas, y esplenomegalia. La mayoría de los casos son autolimitados. La enfermedad severa es inusual, pero se da con mayor frecuencia en pacientes mayores e inmunodeprimidos. Son excepcionales los casos mortales, y suelen deberse a complicaciones del sistema nervioso central, rotura esplénica sobreinfección bacteriana u obstrucción de las vías aéreas superiores.

Presentamos el caso de una mujer de 17 años que acudió a urgencias del hospital por fiebre de 39,5 °C y odinofagia y edema periorbitario, fue diagnosticada de amigdalitis pultácea y tratada con amoxicilina-clavulánico 500 mg/8 h.

A las 48 horas acude a nuestra consulta por continuar con fiebre náuseas, vómitos, coluria y acolia.

En la exploración destaca ictericia mucocutánea, edema periorbitario, adenopatía submandibular dolorosa, placas exudativas bilaterales y abdomen con hepatomegalia, a 2-3 centímetros del reborde costal, dolorosa y esplenomegalia.

Con la sospecha de mononucleosis infecciosa solicitamos una analítica urgente con los siguientes resultados: leucocitos 15,07 con 56,5% linfocitos, Hb: 10,7, plaquetas: 136.000, VCM: 98,2, GPT: 138, GOT: 121, GGT: 126, F. alcalina: 716, BR.T: 10,2, BR.D: 8,73, LDH: 776, T. coagulación: normales. Paul-Bunnell (+), VHA, VHB, VHC, CMV (-).

Con la confirmación de mononucleosis infecciosa, con afectación hepática severa se deriva al

servicio de urgencias para valoración.

Durante su ingreso fue tratada con ibuprofeno 30 mg/kg/día, con mejoría de la clínica. Al séptimo día del ingreso presentó aumento de transaminasas con cifras máximas de GOT: 592 GPT: 630 y colesterol 519 con ictericia generalizada. Se suspendió el tratamiento con ibuprofeno y se inicia terapia con prednisona 1 mg/kg/día con pauta descendente. Al alta presentaba valores de colesterol de 449, BRT: 3,66, BR.D: 2,8, GGT: 145, GPT: 637, GOT: 198, LDH: 283.

A los 6 meses del comienzo la paciente presenta ligera astenia y persiste afectación hepática: BRT: 0,94 GGT: 139 GOT: 110 GPT: 217 F. alcalina: 199.

En la mononucleosis infecciosa es habitual encontrar afectación de la función hepática, cifrándose en más del 90% de los casos¹. Pero la enfermedad hepática severa es inusual y se da con mayor frecuencia en los niños más mayores², en personas de edad avanzada³ e inmunodeprimidos⁴.

Se han descrito casos de hepatitis severa con ascitis por virus de Epstein-Barr⁵ e incluso casos mortales por hepatitis fulminante⁶.

El fallo hepático es la mayor causa de muerte en la mayoría de los niños con síndrome linfoproliferativo ligado al cromosoma X (enfermedad de Duncan), que padecen mononucleosis infecciosa⁷.

Sólo en el 5% de los casos existe ictericia¹, aunque elevaciones leves de bilirrubina se pueden encontrar en aproximadamente el 45%⁸.

En nuestro caso el diagnóstico de mononucleosis infecciosa como causa de la ictericia generalizada, venía apoyado por la clínica característica de fiebre, odinofagia, linfocitosis y esplenomegalia. El diagnóstico definitivo lo obtuvimos con el resultado positivo de la prueba de anticuerpos heterófilos.

Habría que descartar ante un nivel alto de bilirrubina, en un cuadro de mononucleosis infecciosa, que coexistiera anemia hemolítica, además de la afectación hepática.

En nuestra paciente se aprecia anemia leve, pero queda descartada la hemólisis autoinmune como causa al ser la bilirrubina a expensas mayoritariamente de la bilirrubina directa.

La anemia hemolítica autoinmunitaria se da en un 2% de los casos de mononucleosis infecciosa y aparece en las 2 primeras semanas¹.

Se han descrito casos de hiperbilirrubinemia posthepática que se deben a enfermedad de Gilbert que se ponen de manifiesto tras agresión viral⁹. En nuestro caso persiste afectación de la función hepática meses después del inicio del cuadro pero no hay elevación de la colemia.

Como diagnóstico diferencial más probable deberíamos descartar la infección estreptocócica, la hepatitis vírica aguda A y B.

Ante un paciente con mononucleosis infecciosa es importante para el médico de familia descartar cualquiera de las posibles complicaciones que puede desarrollar.

M. P. Igual Morro, G. Vázquez Perfecto, J. M. Saniger Herrera, M.L. López Abasolo¹

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palacio Segovia. Área 7. Madrid. ¹Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Luis de Toro. Plasencia. Cáceres.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cohen JI. Infecciones por virus de Epstein-Barr. Mononucleosis infecciosa. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 14^o ed. Madrid:

Interamericana. McGraw-Hill, 1998. p. 1247-50.

2. Sumaya CV, Ench Y. Epstein-Barr virus infectious mononucleosis in children I. Clinical and general laboratory findings. *Pediatrics* 1985; 75: 1003-19.
3. Horwitz CA, Henle W, Henle G, Schapiro R, Borken S, Bundtzen R. Infectious mononucleosis in patients aged 40 to 72 years: report of 27 cases, including 3 without heterophil-antibody responses. *Medicine (Baltimore)* 1983; 62: 256-62.
4. Markin RS, Linder J, Zuerlein K, Mroczek E, Grierson HL, Brichacek B, et al. Hepatitis in fatal infectious mononucleosis. *Gastroenterology* 1987; 93: 1210-7.
5. Devereaux CE, Bemiller T, Brann O. Ascites and severe hepatitis complicating Epstein-Barr infection. *The American Journal of Gastroenterology*. 1999; 94: 236-40.
6. Papatheodoridis GV, Delladetsima JK, Kavallieron L, Kapranos N, Tassopoulos NC. Fulminant hepatitis due to Epstein-Barr virus infection. *Journal of Hepatology* 1995; 23: 348-50.
7. Markin RS, Linder J, Zuerlein K, Mroczek E, Grierson HL, Brichacek B. Hepatitis fatal infectious mononucleosis. *Gastroenterology* 1987; 93: 1210-7.
8. Schooley RT, Dolin R. Epstein-Barr virus (infectious mononucleosis). In: Mandell GL, Douglas RG Jr, Bennett JE, eds. *Principles and practice of infectious diseases*. 3rd ed. New York: Churchill Livingstone, 1990. p. 1172-85.
9. Ballester Sifré R, Pérez Sanza E, Hachem Elcakk R, Ferrández Izquierdo A, Pellín Pérez A, Ferrandis Borrás S, et al. Hiperbilirrubinemia posthepatitis de predominio directo. Presentación de un caso. *Rev Esp Enferm Dig* 1986; 70: 269-75.