Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):168

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

A-107. - ANÁLISIS SEROLÓGICO DEL SÍNDROME MONONUCLEÓSICO EN LA CLÍNICA LA SALUD

V. González Doce[1], I. Baena Ferrer[2], S. López Cárdenas[3]

[1]Servicio de Medicina Interna. Hospital General Santa María del Puerto. El Puerto de Santa María (Cádiz).[2]Unidad de Análisis Clínicos. Clínica Nuestra Señora de la Salud. Cádiz.[3]Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz).

Resumen

Objetivos: Analizar la variabilidad etiológica y así promover el desarrollo de protocolos de actuación para el análisis serológico y seguimiento del síndrome mononucleósico desde Urgencias, Atención Primaria y Medicina Interna.

Métodos: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de todos los casos de síndrome mononucleósico diagnosticados en la Clínica La Salud de Cádiz desde octubre de 2012 hasta la actualidad. Se analizaron las historias clínicas a partir de búsqueda por diagnóstico y se revisaron los estudios serológicos desde la base de datos de Análisis Clínicos. Los criterios de inclusión para el diagnóstico de síndrome mononucleósico fueron: fiebre intermedia, mononucleosis en sangre periférica, hipertransaminasemia y ausencia de otra patología asociada con clínica compatible. La batería serológica estándar incluyó virus de Epstein Barr (VEB) IgM e IgG, citomegalovirus (CMV) IgM e IgG, Coxiella burnetti (CB) IgM e IgG para Fases I y II, Toxoplasma gondii (TG) IgM e IgG, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (ELISA), virus de la hepatitis B (VHB) (HbsAc, HbcAc, HbcAg), virus de la hepatitis C (VHC) y virus de la hepatitis A (VHA) IgM e IgG.

Resultados: Se diagnosticaron un total de 21 casos de síndrome mononucleósico. De ellos, 2 pacientes (9,5%) eran VEG IgM +; 1 (4,7%) era CMV IgM +; 2 (9,5%) eran CB Fase II + para IgG e IgM; 1 (4,7%) era VIH+, y 1 (4,7%) era VHC+. Los casos de VIH y VHC se confirmaron por PCR. El caso de VIH presentó un patrón de carga viral y recuento de LCD4 compatible con primoinfección. Catorce pacientes (66,6%) tenía VEB IgG + y 2 (9,5%) indeterminada; 12 (57,1%) eran CMV IgG+; 1 (4,7%) era TG IgG+; 4 (19%) eran HBsAc+, 2 por vacunación y 2 por contacto natural.

Discusión: El síndrome mononucleósico es un cuadro frecuente en la población general, y que a menudo es atendido en Atención Primaria o Urgencias hospitalarias. A pesar de ser un cuadro agudo autolimitado, es importante realizar un estudio serológico dado el no desdeñable caso de pacientes con etiologías que precisarán un seguimiento estrecho, en nuestra serie un 19% de los mismos (9,5% por fiebre Q aguda, 4,5% por primoinfección por VIH, y 4,5% por VHC). Además la importancia del diagnóstico precoz, es posible actuar sobre la cadena de transmisión al recomendar medidas preventivas en los pacientes con VHB, VHC y VIH, por tratarse generalmente de pacientes que desconocen su estado de portador.

Conclusiones: Hasta un 19% de los pacientes con síndrome mononucleósico atendidos requirieron seguimiento/tratamiento por patologías de importancia clínica. La protocolización de la serología del

síndrome mononucleósico puede favorecer el diagnóstico precoz de determinadas patologías y evitar su transmisión.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.