Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):258

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

A-198. - LINFOMONOCITOSIS. ¿QUÉ SE ESCONDE DETRÁS?

S. Pérez Moyano, S. Maestre Verdú, J. Morcillo Huertas, R. Bravo Jover, M. Pacheco Martínez, M. Pascual Pérez

Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de la Salud. Elda (Alicante).

Resumen

Objetivos: Analizar las características de los pacientes con mononucleosis infecciosa que precisan asistencia especializada. Determinar si existe algún factor que condicione la persistencia de linfomonocitosis en sangre periférica.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo de los pacientes que precisan ingreso por MNI en un servicio de Medicina Interna. Se incluyeron los pacientes diagnosticados de mononucleosis infecciosa que habían sido seguidos en la consulta de Medicina Interna durante al menos un periodo de un año. Se elaboró una ficha de recogida de datos que incluía entre otras variables la edad, sexo, forma de presentación, hemograma, bioquímica, anticuerpos heterófilos y serologías para VEB, CMV, VIH, toxoplasmosis, RPR, ANA, VHB, VHC. Se realizaron al menos tres visitas de seguimiento durante un año en las que se repitieron los anticuerpos heterófilos, las serologías y el estudio de sangre periférica. Se excluyeron los pacientes en los que no se pudo hacer el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes durante el periodo 2002-2012. 16 mujeres, con media de edad de 24 años (14-53 años), 6 fumadores (4 varones), 5 consumían alcohol (4 varones). Ninguno refirió consumir otro tipo de drogas. 2 pacientes (un hombre y una mujer) padecían inmunodepresión. La media de días transcurridos hasta el diagnóstico fue de 11,5 (0-31 días). Los síntomas de presentación fueron: fiebre (22), odinofagia (15), astenia (10), mialgias (6). El rash sólo se observó en 2 pacientes. Los signos al ingreso fueron: adenopatías (13), faringoamigdalitis (8), esplenomegalia (3), faringoamigdalitis + adenopatías (6). 3 pacientes presentaron sólo faringoamigdalitis y 7 sólo adenopatías. Respecto a los datos analíticos. 11 tuvieron leucocitosis (4.400-40.000/mm^3), 6 de ellos > 15.000 leucocitos/mm^3. 1 paciente presentó neutropenia. 17 tuvieron linfocitosis y 2 linfopenia (600-25.480 linfocitos/mm^3). En todos existía linfomonocitosis. En 5 se objetivó anemia leve. La PCR osciló desde valores de 1 a 120 (media 20). 20 tuvieron patrón de citolísis con importante aumento de LDH en 17 (media 503 U/l). En 19 pacientes se pudo constatar infección aguda por VEB y en 1 por CMV. Los anticuerpos heterófilos fueron positivos en 15. No hubo ningún paciente con positividad para el VIH, RPR, VHC ni ANA. En 10 pacientes persistía la serología en la tercera visita, al año del seguimiento y 5 continuaban presentando linfomonocitosis, 4 con infección por VEB y 1 por CMV. Una paciente cumplía criterios de infección crónica. 1 de los pacientes con infección por CMV tenía inmunodepresión pero ninguno de los infectados por VEB. La persistencia de la linfomonocitosis no se asoció de manera significativa con ninguna de las variables estudiadas.

Discusión: Las manifestaciones de la MNI son variadas. En nuestra serie llama la atención la elevada frecuencia en que los pacientes se presentan sólo con adenopatías sin síntomas de faringoamigdalitis. En dos casos el síndrome adenopático fue tan llamativo que obligó a descartar linfoma y a realizar una biopsia

ganglionar. Por el contrario la hepatitis es muy frecuente y la elevación de la LDH casi constante al igual que la leucocitosis llegando a presentar cifras de reacción leucemoide a expensas fundamentalmente de linfocitosis. Aunque está descrita la anemia casi la totalidad de nuestros enfermos presentaban cifras normales de hemoglobina. Un tercio de los pacientes continuaban presentando anticuerpos positivos y en la sexta parte persistían los linfocitos activados. La principal limitación del estudio es el tamaño muestral reducido y el análisis retrospectivo de los datos. Desconocemos la trascendencia de este dato y si está relacionado con la respuesta inmunológica individual de cada paciente. Sería interesante diseñar un estudio prospectivo que valoraran estos aspectos.

Conclusiones: Los pacientes con mononucleosis infecciosa que precisan ingreso hospitalario presentan manifestaciones clínicas diversas y algunas graves. En algunos se observa una persistente activación linfocitaria. Se necesitan estudios ulteriores que aclaren su significado.

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