



Novus Diagnostics, S.A.

Donde la calidad es un hábito

NEWSLETTER

MI-007

Mononucleosis Infecciosa

La mononucleosis infecciosa (MI) es una enfermedad contagiosa causada y que es bastante común en los adolescentes y adultos jóvenes. Esta semana revisaremos los últimas actualizaciones sobre esta enfermedad y su diagnóstico.

¿Qué es la mononucleosis infecciosa?

La MI, antes conocida como fiebre glandular, es una infección viral cuyo causante más frecuente es el virus de Epstein-Barr (VEB), pero también puede ser causada por otros virus.

Solamente el 10% de los casos de MI son causados por el Citomegalovirus. Otros virus como el herpes virus 6 humano, adenovirus y herpes simplex también pueden causar una enfermedad similar a la mononucleosis.

Algunos estudios epidemiológicos han demostrado que en algunos países el 95% de los adultos de 20 a 25 años son seropositivos.

¿Cómo se transmite la mononucleosis infecciosa?

La forma más común de transmisión es a través del contacto estrecho con una persona infectada, específicamente por la saliva: uso de mismos utensilios, botellas de agua, besos o relaciones sexuales.

El tiempo de incubación de la infección por el (VEB) es de aproximadamente 20 a 49 días en los que el paciente es contagioso. Y el virus suele propagarse más rápidamente por fluidos corporales, pero también se puede propagar a través de la sangre en las transfusiones sanguíneas y de órganos.

¿Cuáles son las manifestaciones clínicas de la MI?

Los síntomas más comunes son la faringitis, malestar general, pérdida del apetito, fatiga y síntomas del tracto respiratorio como rinorrea y congestión nasal. En algunos pacientes también puede acompañarse de dolor abdominal.

En el 50% de los casos también puede haber exudado amigdalario, y en menor proporción, algunos pacientes pueden presentar petequias palatinas. Ambos signos no son específicos de la enfermedad.

Además, la MI se suele presentar con linfadenopatías (inflamación ganglionar) cervicales posteriores, axilares e inguinales. Estos hallazgos son útiles para diferenciar otras faringitis de la MI.

En menos del 5% de los pacientes puede ocurrir rash maculopapular, urticaria o petequias. Habitualmente el rash suele aparecer tras el uso de amoxicilina.

Uno de los signos esenciales de la MI es la esplenomegalia (aumento del tamaño del bazo) y tiene un rango de sensibilidad del 20% al 70% y de especificidad del 69% al 100%.

En cuanto a los niños, los menores de 5 años suelen presentar fiebre, faringitis, y linfadenopatías y tienen mayor probabilidad de presentar rash, esplenomegalia palpable y síntomas del tracto respiratorio superior.

En pacientes con infección por VIH, las linfadenopatías pueden ser atípicas y sufrir transformación maligna de las células linfoides, musculares y epiteliales.

En el caso de MI por Citomegalovirus, los síntomas son similares a los del VEB.

¿Cómo se diagnostica la MI?

Inicialmente el médico tendrá que realizar un diagnóstico diferencial con otras enfermedades que puedan presentarse con los mismos síntomas.

Análisis sanguíneo

Tras tener una alta sospecha de la enfermedad, se realizará un examen de sangre para comprobar los criterios de Hoagland: al menos 50% de linfocitos, al menos 10% de linfocitos atípicos, acompañados de fiebre, faringitis y adenopatías.

Además, es frecuente encontrar elevación de transaminasas hepáticas en pacientes hospitalizados. En pacientes ambulatorios, se ha reportado una elevación de las enzimas en el 58% al 100% de los casos y este hallazgo apoyaría el diagnóstico de MI.

Detección de anticuerpos heterófilos por aglutinación o látex

Simultáneamente al examen sanguíneo, se deberá realizar una prueba Monospot para la detección de anticuerpos heterófilos por ensayo de aglutinación o látex. Esta prueba detecta los anticuerpos anti-glóbulos rojos producidos como parte de la respuesta durante la infección por VEB.

La medición de estos anticuerpos es rápida y poco costosa, y presenta una sensibilidad del 87% y especificidad del 91%. Sin embargo, presenta limitaciones como resultados falsos negativos hasta en el 45% de los casos en la primera semana de los síntomas. También se han observado falsos negativos en niños menores de 5 años; y en los casos positivos, se ha objetivado la positividad hasta un año después del inicio de la infección. En otras condiciones como enfermedades autoinmunes, hepatitis viral e infección por VIH, pueden presentar falsos positivos.

Otros anticuerpos para el diagnóstico de VEB:

Anticuerpos IgM contra el antígeno de cápside viral (VCA): es un marcador temprano de la infección por VEB. Permanece positivo hasta 4 a 6 semanas. Es esencial para un diagnóstico certero de MI.

Anticuerpos IgG contra el antígeno de cápside viral (VCA): aparece a las 2 semanas del inicio de la infección y persiste durante toda la vida.

Anticuerpos IgG contra el antígeno nuclear del VEB (EBNA): detectables a las 6 a 8 semanas tras la infección.

IgM VCA positivo y EBNA negativo: es indicativo de infección primaria por VEB.

IgG VCA positivo y EBNA positivo: sugiere infección pasada.

La sensibilidad de estos anticuerpos es de 97% y la especificidad de 94%.

Mononucleosis infecciosa por Citomegalovirus (CMV):

Para el diagnóstico de MI por CMV, el método a realizar será la medición IgM para CMV.

Estudios de imagen:

No se recomiendan de forma rutinaria.

El ultrasonido abdominal es el método de apoyo para el diagnóstico de esplenomegalia, sin embargo, no se realiza de forma habitual pues está presente en casi todos los casos.

En el caso de lesión esplénica, se debe de sospechar cuando hay apareamiento agudo de dolor abdominal o empeoramiento. Se recomienda realizar tomografía computarizada con contraste para detectar la lesión esplénica.

¿Cómo tratar la Mononucleosis infecciosa?

El tratamiento para la mononucleosis es de soporte y monitorización de posibles complicaciones. Una hidratación adecuada es esencial para el manejo del paciente. Además, se deberá dar tratamiento sintomático con acetaminofén para mejorar la fiebre y la faringitis. La aspirina no se recomienda en niños o adolescentes.

Se contraindica el ejercicio durante al menos 3 meses, ya que puede ocasionar ruptura esplénica.

No existe evidencia suficiente para recomendar el uso de antivirales o antibióticos. Solamente se considerará el uso de antibióticos en pacientes con faringitis estreptocócica concomitante.

El uso de corticoesteroides se reserva para casos graves de obstrucción aérea.

¿Cuál es el pronóstico y que complicaciones pueden presentar los pacientes con MI?

Habitualmente la MI es una enfermedad leve que se autolimita, y los síntomas suelen durar de 3 días hasta 8 semanas. Algunos pacientes pueden presentar fatiga hasta seis meses o más.

En cuanto a las complicaciones, solamente el 1% de los casos requiere hospitalización. Como complicaciones frecuentes se han reportado: disfagia grave o obstrucción aérea grave, linfocitosis hemofagocítica, anemia hemolítica, miocarditis, meningoencefalitis, entre otras.

La lesión esplénica puede ocurrir en el 0,1% al 0,2% de los casos, con una tasa de mortalidad del 9%. La mayoría de las roturas esplénicas ocurren en los primeros 21 días de la infección, pero puede ser diagnosticada hasta las 8 semanas tras el inicio de la infección.

En pacientes con inmunodeficiencia puede causar enfermedad linfoproliferativa y además el VEB se ha asociado con nueve tipos de cáncer diferentes.

Por lo tanto, pese que en la mayoría de los casos la MI suele ser una enfermedad leve, también puede ser potencialmente mortal.

Bibliografía:

1. *Sylvester JE, Buchanan BK, Silva TW. Infectious Mononucleosis: Rapid Evidence Review. Am Fam Physician. 2023 Jan;107(1):71-78. PMID: 36689975.*
2. *Marshall-Andon T, Heinz P. How to use the Monospot and other heterophile antibody tests. Arch Dis Child Educ Pract Ed. 2017 Aug;102(4):188-193. doi: 10.1136/archdischild-2016-311526. Epub 2017 Jan 27. PMID: 28130396.*



Dra. Alexa Núñez (PhD MD)

Médico y Cirujano egresada de la Universidad Francisco Marroquín de Guatemala. Realizó su formación en Neumología en el Hospital Vall d'Hebron de Barcelona y posteriormente Doctorado en Medicina en la Universidad Autónoma de Barcelona, España. En la actualidad trabaja como Gerente de Mercadeo Científico de Novus Diagnostics de Guatemala.