

PRESENTACIONES INFRECUINTES DE LA INFECCIÓN POR VIRUS EPSTEIN-BARR

Melissa Panesso¹, Andrea Freixa², Jorgina Vila¹, Alejandro Casquero², Núria Wörner² y Sebastià González².

¹Unitat d'Hospitalització Pediàtrica. ²Urgències de Pediatria. Servei de Pediatria, Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron, Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona

INTRODUCCIÓN

Formas de presentación más frecuentes infección Virus Epstein Barr (VEB)

Paucisintomática

Mononucleosis infecciosa (MI)

Fiebre, adenopatías, faringoamigdalitis, hepatoesplenomegalia (HE) y linfocitosis atípica

PERO NO TODO ES MI...

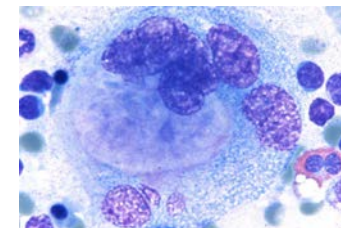


Imagen 1. Microscopía óptica con signos de hemofagocitosis en AMO

	CASO 1: PARÁLISIS FACIAL	CASO 2: LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA (LHH)	CASO 3: SEROSITIS, PLAQUETOPENIA Y NEUTROPENIA
EDAD Y SEXO	23 Meses ♂	2 años ♀	20 meses ♂
MOTIVO DE CONSULTA	Fiebre (5 días), tumoraciones cervicales y desviación de comisura labial a la izquierda (1 día)	Fiebre (20 días), astenia y pérdida de peso	Fiebre (9 días) y dificultad respiratoria
EXPLORACIÓN FÍSICA	Adenopatías cervicales, amigdalitis exudativa, HE y parálisis facial periférica derecha	Palidez, ictericia, petequias y HE	Adenopatías, HE. Taquipnea, hipofonesis hemitórax derecho
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	Análítica: Linfocitosis atípica y serologías VEB positivas (VCA-IgM +, IgG-)	Análítica: Pancitopenia. LDH, triglicéridos, ferritina y CD-25 elevados. Citotoxicidad NK ausente. Serologías VEB positivas en sangre. Aspirado médula ósea (AMO): Hemofagocitosis (Imagen 1)	Análítica: Linfocitosis atípica, plaquetas 80.000/ microl. Serologías y PCR VEB positivas en sangre. Radiografía y ecografía de tórax: derrame pleural derecho. (Imágenes 2 y 3). Toracocentesis: trasudado; citología normal; estudio microbiológico negativo.
TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN	Resolución completa sin tratamiento a los 7 días	Inmunoglobulinas y dexametasona. Evolución: Hemorragia alveolar. Buena evolución posterior	Resolución espontánea de la serositis y la plaquetopenia a las 2-3 semanas. Al mes, presenta fiebre + neutropenia (0/microl) con PCR VEB positiva en sangre. AMO sin signos de LHH ni malignidad. Resolución espontánea a las 2 semanas



Imágenes 2 y 3. Derrame pleural derecho en radiografía y ecografía de tórax

CONCLUSIONES

La primoinfección por VEB no siempre se presenta con la clínica típica de MI. Debemos considerar este diagnóstico en ciertos cuadros clínicos (parálisis facial, LHH, serositis, alteraciones hematológicas, etc) una vez descartadas las causas más frecuentes.

SITGES 19-21 de abril 2018