

Diagnóstico y tratamiento de la mononucleosis infecciosa

Por los Dres.:

ROBERTO GONZÁLEZ HERRERA (22) JULIO RÓMULUS CALVET(**)
Y JOSÉ M. SANFIZ VILA(23)

A pesar del tiempo transcurrido desde que la mononucleosis infecciosa fue reconocida por Pfeiffer en 1889 como una entidad clínica, todavía quedan puntos no plenamente resueltos en esta enfermedad. Aunque las autoridades en la materia están de acuerdo en que el agente causante es un virus linfotropo, éste no ha sido identificado todavía. Siendo una enfermedad por lo general benigna, que evoluciona espontáneamente hacia la curación, es posible que muchos casos pasen desapercibidos sin diagnóstico. Por otra parte los pacientes que presentan una sintomatología florida, muchas veces son motivo de discusiones diagnósticas al no tenerse un criterio unánimemente aceptado sobre el valor de los distintos exámenes complementarios que confirman la afección.

La fiebre y la hipertrofia de los ganglios del cuello son las características más comunes de la enfermedad a la que se agrega una faringitis con o sin placas que puede ser el síntoma inicial. Otros síntomas y signos señalados como menos frecuentes son la esplenomegalia, el exantema, dolores generalizados y otros.

En cuanto a exámenes complementarios en dos principalmente se basa el diagnóstico de la mononucleosis infecciosa.

Una leucocitosis con linfocitosis y gran proporción de linfocitos atípicos (las llamadas células linfomonocitarias descritas por Downey). El otro examen es la demostración en el suero del enfermo de la presencia de anticuerpos heterófilos aglutinantes de los glóbulos rojos del carnero (reacción de Paul Bunnell). Tanto la presencia de células linfomonocitarias en sangre periférica, como la reacción de Paul Bunnell no son específicas de la mononucleosis infecciosa, pudiendo encontrarse linfocitos atípicos en numerosos procesos virales como hepatitis epidémica, rubéola, neumonía por virus, varicelas, parotiditis; y ser positiva la reacción de Paul Bunnell en ciertas circunstancias como es la de haber recibido el paciente previamente suero de caballo.

Mientras hay autores que piensan que el diagnóstico de mononucleosis infecciosa puede realizarse con razonable certeza, no obstante la ausencia de anticuerpos heterófilos, cuando el cuadro clínico y los hallazgos sanguíneos son característicos, otros exigen altas aglutinaciones a los hematíes del carnero para dar un diagnóstico.

22 Especialistas Jefes de Servicio en el Hospital Anti-Infeccioso de la Habana, Infanta y Benjumeda, Habana, Cuba.

23 Médico del Hospital Anti-Infeccioso de la Habana, Infanta y Benjumeda, Habana, Cuba.

Hoagland no había visto un paciente que presente manifestaciones clínicas y serológicas de mononucleosis infecciosa que 110 haya tenido cambios característicos en los leucocitos. Señala que el porcentaje y la persistencia de las células de Downey deben tenerse en cuenta en el diagnóstico. En una serie de casos encontró que todos tenían por lo menos un 20% de células atípicas y que persistieron en el hemograma siempre más de una semana. En tanto que en los otros procesos virales donde se encontraron las células, éstas estaban en un porcentaje muy bajo y desaparecían rápidamente 110 durando más de tres días. La existencia de anticuerpos heterófilos de 1111 ataque previo no reconocido de la infección, puede explicar la paradoja de serología positiva y hematología negativa.

Las falsas reacciones positivas son también motivo de error en el diagnóstico de la afección y algunos exigen la prueba de adsorción diferencial de Davidson para dar el caso como positivo. Esta prueba que pone previamente el suero problema en contacto con tejido renal de cobayo al objeto de que sean adsorbidos los anticuerpos 110 específicos y posteriormente ver si todavía el citado suero aglutina a los glóbulos rojos del carnero, es de utilidad en ciertas circunstancias, pero no la consideramos absolutamente necesario en todos los casos. Algunos autores la indican cuando los títulos de aglutinación son muy bajos. Estamos de acuerdo con los que piensan que la necesidad de la prueba debe estar basada más en la atipicidad clínica y hematológica que en los títulos de aglutinación.

Material y método:

Esta modesta contribución abarca todos los casos ingresados en nuestros servicios durante los últimos dos años y medio.

De ella hemos excluido los casos que aun teniendo un alto índice de sospecha por el cuadro clínico, no correspondieron los exámenes complementarios por una u otra circunstancia con la apreciación clínica. Basamos el diagnóstico en un trípode: cuadro clínico, células linfomonocitarias y reacción de Paul Bunnell positiva. Cuando dos elementos de este trípode estaban presentes establecimos el diagnóstico positivo de mononucleosis infecciosa. Hemos puesto como cifra de aglutinación válida la superior al 1 x 112.

Resultados:

En total se estudiaron 36 historias clínicas de la enfermedad. La distribución por edad se encuentra en el cuadro

I, en el que vemos que la mayor proporción estuvo entre los 15 y 24 años. El sexo y la raza se muestran en el cuadro II; hubo predominancia del sexo masculino y de la raza blanca.

CUADRO I Hospital Anti-Infeccioso de la Habana

<i>Mononucleosis Infecciosa</i>	
Edad	No. de casos
—..... de 5 años	2
De 5 a 9 años	4
De 10 a 14 años	4
De 15 a 19 años	12
De 20 a 24 años	9
De 25 a 29 años	3
De 30 a 34 años	1
De 35 a 39 años	0
De 40 a 44 años	1
Total:	36

CUADRO II Hospital Anti-Infeccioso de la Habana

<i>Mononucleosis Infecciosa</i>		
Sexo	Raza	
Masculino 26-----	Blanca	32
Femenino 10 -----	Mezt. y negra	4

La mayor parte de los enfermos tuvo fiebre que duró de 8 a 21 días (cuadro III) y el tipo de fiebre que predominó fue el remitente (cuadro IV).

CUADRO III Hospital Anti-Infecioso de la Habana

Fiebre:		No. de Casos
Días de fiebre		
De la 7	días	4
De 8 a 14	"	16
De 15 a 21	"	12
De 22 a 27	"	3
Más de 27	"	1
		36

CUADRO IV Hospital Anti-Infecioso de la Habana

Mononucleosis Infecciosa (fiebre)		
Tipo:		
Remitente		23
Intermitente		4
Continua		4
Estadía	9.5	31

La sintomatología puede apreciarse en el cuadro V; en él vemos que el 86% de los pacientes tuvieron adenitis cervical y que ésta fue generalizada en el 44%; placas en la garganta se observaron en 53%; esplenomegalia en el 47% y rash en un 11%.

CUADRO V

Hospital Anti-Infecioso de la Habana

Mononucleosis Infecciosa

Sintomatología - Frecuencia

	%
Adenitis cervical	86
Faringe enrojecida	64
Dolor de garganta	61

Placas	53
Amígdalas hipertróficas	53
Esplenomegalia	47
Adenitis generalizada	44
Cefalea	39
Malestar general	36
Disfagia	33
Escalofríos	31
Anorexia	25
Vómitos	19
Astenia	14
Hepatomegalia	11
Rash	11
Ganglios dolorosos	11
Tos	8
Dolor abdominal	8
Diarreas	6
Dolores articulares	3
Dolores generalizados	3

El 63% de los casos presentó leucocitosis. Hubo linfocitosis de un 50% a un 84% de estos elementos en el 83% de los pacientes y se encontraron linfocitos atípicos en el 89% de enfermos entre el 4^o y el 45^o días de enfermedad (cuadro VI).

CUADRO VI Hospital Anti-Infecioso de la Habana

Mononucleosis Infecciosa Cuadro Hematológico

Leucocitos	% de Casos
Menos de 6,000	2.7
De 6,000 a 10,000	33.3
De 10,000 a 15,000	50.0
Más de 15,000	13.8
Linfocitosis (+ 50 y 84%)	83.3
Linfocitos atípicos (del 4 ^o al 45 ^o *? día)	88.8

En el 72% se logró demostrar anticuerpos heterófilos por la reacción de Paul Bunnell entre el 7^o y el 45^o días de enfermedad en diluciones al 1 x 112 o superiores (cuadro VII).

CUADRO VII

Hospital Anti-infeccioso en La Habana Mononucleosis Infecciosa

Reacción Paul Bunnell

Paul Bunnell positivo a más de 1:112 entre los 7 y 45 días 72.2%

En 26 enfermos se usó como tratamiento la prednisona a dosis de 20 mg. diarios. En 22 de los mismos la fiebre desapareció en menos de 24 horas, cayendo las placas rápidamente. En el resto esto sucedió del segundo al tercer día (cuadro VIII).

CUADRO VIII *Hospital Anti-Infeccioso de la Habana*

Mononucleosis Infecciosa

Duración de la fiebre después de iniciado el tratamiento con prednisona.

	No. de Casos
1 día	22
2 "	2
3 "	2
	26

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Hemos presentado un estudio estadístico de 36 casos de mononucleosis infecciosa basando el diagnóstico en el trípede: cuadro clínico, células linfomonocitarias y reacción de Paul Bunnell positiva. Con dos elementos del trípede dimos el caso como positivo.

La mayor frecuencia de nuestra serie la encontramos en las edades comprendidas entre 15 y 24 años, predominando el sexo masculino y la raza blanca.

El 78% de nuestros casos tuvo fiebre entre 8 y 21 días.

Los síntomas subjetivos más frecuentes fueron dolor de garganta, cefalea, malestar general y disfagia y los signos físicos, adenitis cervical, faringe congestionada, placas en amígdalas hipertrofiadas y esplenomegalia.

El cuadro hematológico mostró leucocitosis en el 63% de los pacientes, con linfocitosis y linfocitos atípicos en el 89%.

Se obtuvo reacción de Paul Bunnell positiva a diluciones al 1 x 112 o mayores en el 72% de los casos.

No hubo complicaciones y todos evolucionaron hacia la curación.

Aunque la entidad es una enfermedad benigna que evoluciona espontáneamente hacia la curación, es indiscutible que como ya han señalado distintos autores, los corticoides tienen una acción beneficiosa acortando su curso. En nuestros casos el 84% de los que se le administró corticoides se hicieron afebriles y mejoraron su estado general, desapareciendo las placas, a las 24 horas de instituido el tratamiento. Consideramos que debe usarse los corticoides en los pacientes hospitalizados que generalmente tienen fiebre prolongada, que por supuesto no ha de ceder al uso de antibióticos. Esta actitud acortará considerablemente el tiempo de estadía del enfermo y lo reintegrará rápidamente a su trabajo.