

Una evolución clínica diferente en un cuadro de características víricas

Carmen Hernández Tuda¹, Adrian Vázquez Mascato¹, Isabel Ángel Barba², Cristina Iglesias Díaz³, Francisco Javier Maestro Saavedra¹

¹CS Elviña-Mesoiro. A Coruña, ²CS Los Rosales. A Coruña, ³CS de Mera. A Coruña

Cad Aten Primaria
Año 2011
Volume 18
Páx. 42-43

INTRODUCCIÓN

Se trata de una mujer de 25 años que acude a nuestra consulta por mareos sin giro de objetos de varios días de evolución acompañada de odinofagia y dolores musculares difusos. Como antecedentes destacan dos ingresos en unidad de pediatría por púrpura alérgica y por proceso vírico inespecífico en los años 1991 y 1992 respectivamente; y varios episodios de perniosis durante el invierno. Actualmente a tratamiento con mometasona tópica nasal por rinitis alérgica. En la exploración física sólo destaca una hiperemia faríngea importante, con hipertrofia amigdalar sin datos de exudado blanquecino. Se palpan adenopatías submandibulares bilaterales dolorosas. Actualmente afebril.

¿Cuál es la actitud a seguir?

Ante este cuadro viral inespecífico se decide recomendar reposo, asociado a una baja laboral, y tratamiento analgésico-antitérmico durante 10 días. Al cabo de este tiempo la paciente acude de nuevo a nuestra consulta solicitando el alta, refiriendo mejoría clínica. Tras dos días de trabajo, se siente muy cansada por lo que regresa al centro de salud donde no objetivamos ninguna alteración clínica valorable.

Decidimos realizar una analítica con un test de mononucleosis que resulta positivo.

En el frotis se objetivan linfocitos activados con células linfoplasmáticas, compatible con proceso vírico. Además presenta una elevación de transaminasas con una GOT de 109 y GPT de 128. En la Ecografía realizada en centro de salud no se objetivan lesiones a nivel hepático ni a nivel biliar. Ante estos resultados se recomienda reposo (solicitando IT) y tratamiento sintomático con paracetamol. Con dicha elevación de transaminasas se realizan

sucesivas analíticas de control donde se ve un descenso progresivo de dichos valores hasta obtener una GOT de 35 y GPT de 22, al cabo de 1 mes.

DIAGNÓSTICO

Mononucleosis infecciosa

EXPLICACIÓN FINAL

La mononucleosis infecciosa es una enfermedad producida por el virus de Epstein-Barr, que afecta principalmente a adultos jóvenes¹. La primoinfección por dicho virus representa el 75% de todos los casos de mononucleosis infecciosa². En lugares con bajo nivel socioeconómico es más frecuente la infección en niños y con relativa frecuencia cursa de modo asintomático³. Clínicamente se caracteriza por un cuadro de mialgias, astenia y malestar general, seguido de una faringoamigdalitis. En niños suele ser asintomática o con leve dolor de garganta³. Normalmente presenta un periodo de incubación de aproximadamente 4-6 semanas. La faringoamigdalitis suele cursar frecuentemente con faringe eritematosa, exudado grueso, continuo, fiebre y adenopatías cervicales, inguinales o axilares. En ocasiones puede observarse esplenomegalia (75%) o hepatomegalia (50%) siendo la elevación de transaminasas un hallazgo excepcional. La aparición de exantema maculo-papular suele relacionarse con el tratamiento con ampicilina. La evolución de la enfermedad suele ser benigna, desapareciendo el cuadro en 2-4 semanas, aunque pudiendo persistir el malestar y la astenia durante meses. Las complicaciones (no muy frecuentes) son la rotura esplénica (1/2000 casos)¹, trombocitopenia, vasculitis, meningitis (en las primeras 2 semanas), anemia hemolítica (2/100 casos), hepatitis (puede ser fulminante, muy raro)...

El virus de Epstein-Barr también está asociado a linfomas tipo Burkitt³.

El diagnóstico se basa en la clínica. En la analítica podemos encontrar leucocitosis con linfocitosis (con más del 10 % de atípicos).

Correspondencia

Carmen Hernández Tuda
C/ Villa del Lage 2, 4ºI. 15005 A Coruña
Email: ch_tuda@hotmail.com

El tratamiento es sintomático mediante reposo en cama durante la fase aguda, adecuada hidratación oral (bebiendo al menos 2500 cc al día). Si el paciente presenta dolor se administrarán analgésicos o antipiréticos tipo paracetamol a dosis de 1 gr cada 8 horas. Los corticoides se reservarán para casos donde la hipertrofia amigdalar produzca un colapso de la vía aérea, o bien cuando exista trombocitopenia grave o anemia hemolítica².

BIBLIOGRAFÍA

1. Rotura esplénica: una de las complicaciones más graves de la mononucleosis infecciosa. A propósito de un caso P. Toderescu y Y. García Rioja. Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Guadalajara Sur. Guadalajara. España. SEMERGEN. 2009;35(1):55-6.
2. Dolor faríngeo agudo. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolo de actuación. L. Jiménez Murillo. Capítulo 151: 833-37.
2. Epstein-Barr Virus Infections, including infectius mononucleosis. Harrison's. Principles of Internal Medicine. Capítulo 174. 1106-09.

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO PACIENTE DE 19 AÑOS CON PALPITACIONES Y SENSACIÓN DE MAREO

El trazado electrocardiográfico se corresponde con una fibrilación auricular conducida por vía accesoria con preexcitación intermitente en un paciente con Síndrome de Wolf Parkinson White no conocido previamente.

Debido a la inestabilidad hemodinámica del paciente, se procedió a cardioversión eléctrica, que restablece el ritmo sinusal. En el ECG de superficie se evidencia en esta ocasión QRS empastado, con onda delta reflejo de una vía accesoria, confirmando el diagnóstico de Síndrome de Wolf Parkinson White.

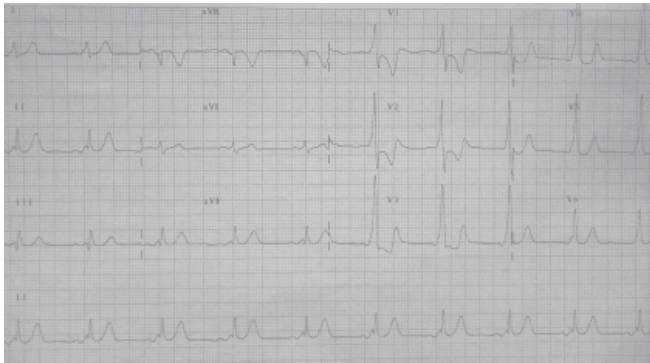


FIGURA 1

La digital y el verapamilo están contraindicados por que al bloquear el nodo AV, favorecen el paso del estímulo a través de la vía accesoria rápida, lo que aumenta la respuesta ventricular durante la FA y pueden facilitar el desarrollo de fibrilación ventricular.

Tras restaurar el ritmo sinusal, el paciente fue trasladado a centro hospitalario donde fue sometido a estudio electrofisiológico en el que se consiguió poner de manifiesto la mencionada vía accesoria, siendo ablacionada con radiofrecuencia en el mismo procedimiento con éxito.

TABLA 1

A.	TAQUICARDIAS REGULARES CON QRS ESTRECHO:
	<ul style="list-style-type: none"> • taquicardia sinusal • taquicardia auricular unifocal • flúter auricular • taquicardia supraventricular paroxislica
B.	TAQUICARDIAS IRREGULARES CON QRS ESTRECHO:
	<ul style="list-style-type: none"> • taquicardia auricular multifocal • fibrilación auricular • flúter auricular con conducción variable
C.	TAQUICARDIAS REGULARES CON QRS ANCHO:
	<ul style="list-style-type: none"> • taquicardia auricular multifocal • fibrilación auricular • flúter auricular con conducción variable
D.	TAQUICARDIAS IRREGULARES DE QRS ANCHO:
	<ul style="list-style-type: none"> • taquicardia ventricular polimórfica (torsade de pointes) • fibrilación auricular con bloqueo conducción intraventricular • WPW asociado a fibrilación auricular

EXPLICACIÓN

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS TAQUIARRITMIAS

El término Síndrome de Wolff-Parkinson-White (WPW) se aplica a los pacientes con preexcitación en el EKG basal y taquicardia paroxística. Esta enfermedad se asocia a la presencia de vías accesorias que conectan directamente aurículas y ventrículos, lo que evita que los impulsos cardíacos pasen a través del nodo auriculoventricular, lo que produce una preexcitación ventricular.

En los pacientes que están en ritmo sinusal, las vías accesorias auriculoventriculares que conducen en dirección anterógrada producen un EKG típico con un intervalo PR corto ($< 0.12s$), una rama de ascenso del QRS irregular (onda delta) y un complejo QRS ancho. Este patrón es consecuencia de la fusión de la activación de los ventrículos por la vía accesoria y por el nodo AV. (ver imagen Sd WPW en figura 1).

Durante la taquicardia supraventricular (TSVP) en el WPW, el impulso en la mayoría de las ocasiones se conduce anterógradamente en el sistema AV normal y retrógradamente por la vía accesoria (ortodrómica). Las características electrocardiográficas en estos casos son idénticas a las descritas para la TSVP, con frecuencias que oscilan entre 130 y 240 lpm dependiendo del estado simpático y las propiedades del nodo AV.

En raras ocasiones (aprox 5% casos) las taquicardias que aparecen en los pacientes con WPW muestran un patrón inverso, con conducción anterógrada por la vía accesoria y retrógrada por el nodo AV (antidrómica). Esto causa taquicardia de QRS ancho, en la que los ventrículos resultan totalmente activados por la vía accesoria. En los pacientes con WPW también son frecuentes la fibrilación auricular y el flúter auricular.

Como la vía accesoria no tiene las mismas propiedades de retraso en la conducción del estímulo que el nódulo AV, las respuestas ventriculares durante la fibrilación auricular o el flúter pueden ser especialmente rápidas y causar fibrilación ventricular.

Respecto al manejo de las taquicardias "con pulso" en urgencias extrahospitalarias, cuando existe mala tolerancia clínica, se recomiendan las siguientes actuaciones:

1. Si existe síncope, hipotensión ($TAS < 90$ mmHg), insuficiencia cardíaca o angina grave se procederá a cardioversión eléctrica sincronizada con el complejo QRS.
2. Se comienza con un choque de 200 J en la FA y taquicardia de complejo ancho y de 100 J en la TSVP y flúter auricular. Tras la cardioversión se debe trasladar al paciente en UVI móvil.

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO LESIONES CRÓNICAS EN MIEMBROS INFERIORES

Es un prurigo nodular. El prurigo nodular es una alteración cutánea resultante del rascado y manipulación crónica de la piel como consecuencia de estímulos pruriginosos.

La etiología de este prurito es muy variable: desde trastornos médicos subyacentes a otras dermatosis pruriginosas como dermatitis atópica, dermatitis por contacto alérgica, picaduras de insectos ó dermatitis por éstasis.

La enfermedad afecta con mayor frecuencia a las mujeres que a los hombres. El prurigo nodular asociado con dermatitis atópica se instala generalmente a una edad más temprana y se acompaña de una reactividad aumentada a numerosos alérgenos ambientales.

Las lesiones del prurigo nodular se manifiestan como nódulos cupuliformes que a menudo presentan una superficie erosionada con escamas y costras. Comienzan como pápulas y evolucionan a la formación de nódulos hiperpigmentados. El tamaño varía de unos mm a 2 cm. Las localizaciones más frecuentes coinciden con las áreas de la piel más accesibles al rascado, como la cara posterior del cuello y la cara anterior de las piernas.

Las lesiones persisten durante meses o años después de la interrupción del trauma. En ocasiones los pacientes presentan síntomas de estigmatización neurótica.

Debe realizarse una analítica completa y una radiografía de tórax a todo paciente en el que sospechemos una enfermedad médica de base.

Los niveles de IgE suelen estar elevados en el prurigo nodular atópico y ser normales en el no atópico.

El tratamiento con frecuencia es resistente a las distintas alternativas. Se emplean habitualmente de forma combinada tratamientos tópicos (corticoides, capsaicina y derivados de la vitamina D), sistémicos (antihistamínicos, ciclosporina A, talidomida, distintos psicofármacos, azotioprina y retinoides orales) y físicos (crioterapia y fototerapia).

Es imprescindible explicar al paciente el ciclo "prurito-excoriación-prurito", para tratar de romperlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fitzpatrick. Dermatología en Medicina General. Editorial Panamericana. 2005. 6 edición. 123:1346-1348.
2. Fitzpatrick. Dermatología clínica. Editorial McGraw-Hill/Interamericana. 5ª edición. 2:44
3. José Manuel Carrasco, Carlos Ferrandiz. Estrategias terapéuticas en el prurito nodular. Piel 2001, 16:360-04. <http://dermatoweb2.udl.es/motivos.php>.

RESPUESTA AL CASO CLÍNICO MASA ABDOMINAL

DIAGNÓSTICO

Retención cónica e incompleta de orina secundaria a leve hiperplasia benigna de próstata.

La imagen corresponde a una vejiga de retención. El tamaño prostático no llamó la atención en la ecografía realizada, y estaba ligeramente aumentada en el TAC. No se halló otra causa que explicase la retención urinaria.

Los síntomas de incontinencia pueden ser la manifestación de una enfermedad subyacente, y no deberían ser tratados simplemente como una manifestación del envejecimiento.

Aunque en los hombres, la HBP es la causa más frecuente de uropatía obstructiva bilateral siempre hay que tener presentes otras causas, como tumores de vejiga, de próstata, de útero (en mujeres) o cualquier otra estructura alrededor de cuello de la vejiga o la uretra, fibrosis retroperitoneal y estrechamiento de la uretra (congénita o cicatricial).

Para evaluar inicialmente a un paciente con incontinencia son imprescindibles tres cosas: una minuciosa historia clínica, el examen físico y un urinoanálisis. En el caso de nuestro paciente descartamos causas externas como ingesta excesiva de líquidos vespertina, alcohol, cafeína, diuréticos y otros fármacos (IECAS, anti-psicóticos, antidepresivos tricíclicos, hipnóticos...). Se

debe interrogar al paciente acerca de clínica cardinal de diabetes, alteraciones del ritmo intestinal (la impactación puede forzar el vaciado vesical) y sobre disfunción sexual.

Los síntomas que normalmente se relacionan con la HBP son los síntomas irritativos tales como aumento de la frecuencia miccional, nocturia, urgencia miccional y tenesmo vesical; así como alteraciones del flujo como por ejemplo disminución y entrecortamiento del chorro miccional. Sin embargo, estos síntomas no son específicos de la HBP. Además, no siempre existe correlación entre el aumento de tamaño prostático y la severidad de la clínica: en este paciente el aumento de tamaño era mínimo mientras que las repercusiones en el tracto urinario están a la vista.

CONCLUSIÓN

A pesar de que la aparición de incontinencia nocturna como síntomas aislados de HBP no es lo más frecuente debemos recordar que es más frecuente encontrar una presentación rara de una enfermedad frecuente que una presentación frecuente de una enfermedad rara.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Cruz, J.F., Rioja Sanz, L.A., Tratado de Urología. Ed. Prous Science, 2006
2. Cunnigan GR, Kadmon D Clinical manifestations and diagnosis of benign prostatic hyperplasia, disponible en www.uptodate.com
3. DuBeau C, Clinical presentation and diagnosis of urinary incontinence, disponible en www.uptodate.com